



Livret thérapeutique gériatrique

Liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé
Outil d'aide à la prescription et à l'administration



Préambule

Ce livret thérapeutique est un document informatif, le prescripteur reste responsable et libre des choix de sa prescription. Cet outil et ces recommandations ne peuvent remplacer le jugement clinique du prescripteur, qui prend sa décision finale au cas par cas, face à chacun des patients. Ce livret peut servir de guide dans la décision de prescrire ou de déprescrire les médicaments chez le sujet âgé.

Il ne peut pas faire l'objet d'une diffusion payante ou d'une promotion à des fins commerciales, il est mis à disposition en libre accès à l'ensemble des acteurs du parcours des sujets âgés.

Si vous observez des incohérences dans les choix proposés ou souhaitez partager votre retour d'expérience d'utilisation pour optimiser cet outil, merci de revenir vers l'OMÉDIT Centre-Val de Loire, qui a coordonné sa mise en œuvre : omedit-centre@omedit-centre.fr

Ce livret thérapeutique a pour objectif d'orienter les prescripteurs, en particulier les médecins généralistes et médecins coordonnateurs, dans leur stratégie de prise en charge du sujet âgé. Il regroupe des médicaments dont les caractéristiques sont connues et adaptées à la personne âgée (réflexion sur le bénéfice/risque, sur l'adaptation de posologie, la réduction du risque iatrogène, les modalités de prescription et d'administration...).

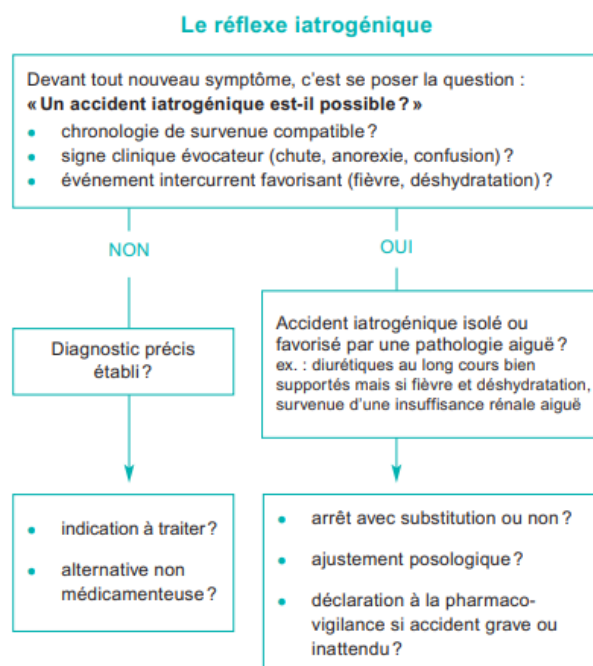
Sous les termes « sujet âgé » sont concernés les personnes de 75 ans et plus, et ceux polypathologiques, de plus de 65 ans.

En région Centre-Val de Loire, la population des sujets âgés de 75 ans passera de 276 000 habitants en 2019 à 501 000 à l'horizon 2050 (DREES).

Chez le sujet âgé, le prescripteur souhaitant initier un nouveau traitement doit :

- éviter les médicaments inappropriés,
- prescrire les médicaments ayant le meilleur service médical rendu (SMR) possible,
- éviter de prescrire les médicaments dont l'efficacité n'est pas démontrée,
- prendre en compte les traitements déjà prescrits.

En effet, cette population présente une sensibilité accrue aux accidents médicamenteux. La iatrogénie serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires¹.



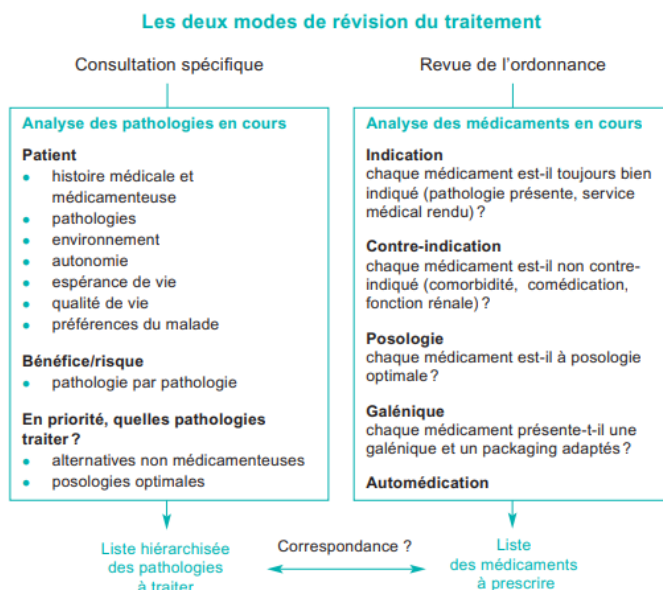
¹ Evaluation et amélioration des pratiques : Prescrire chez le sujet âgé, HAS 2006 ; Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, HAS 2014

La HAS propose d'adopter le « réflexe iatrogénique » :

La prise en charge médicamenteuse nécessite une réévaluation régulière du traitement, notamment lors des situations aiguës ou des situations de transfert (entrée/sortie d'hospitalisation, arrivée à l'EHPAD, ...).

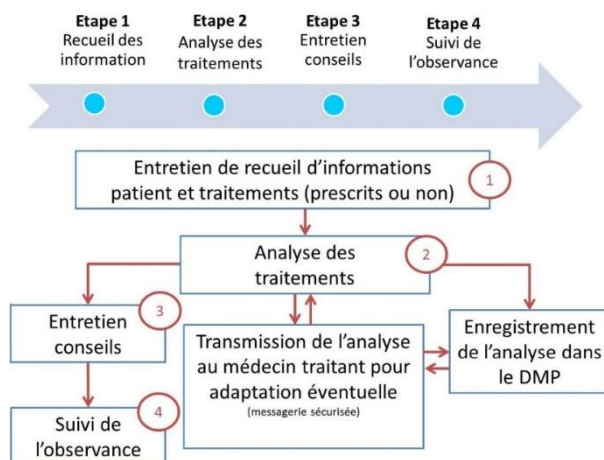
Pour améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions chez la personne âgée, la HAS¹ recommande une approche pluridisciplinaire impliquant médecin, infirmiers et pharmacien.

- Le médecin renforce le suivi médical des patients particulièrement à risque en s'assurant que le suivi est adapté :
 - aux risques thérapeutiques (maladies et physiologie évolutives,...)
 - aux risques liés au patient (déclin cognitif, dépression,...).
- Les IDE, les aides-soignants, les auxiliaires de vie, les accompagnants éducatifs et sociaux, et les résidents participent à la mise en œuvre et à la surveillance des traitements en EHPAD et en ville.
- Le pharmacien peut alerter le médecin sur un risque de mésusage d'un médicament, via l'analyse pharmaceutique des ordonnances et la consultation du dossier pharmaceutique.



Evaluation et amélioration des pratiques : Prescrire chez le sujet âgé, HAS 2006

En EHPAD, le pharmacien peut réaliser un bilan partagé de médication. Il s'agit d'une analyse des traitements médicamenteux du patient âgé polymédiqué (>5 DCI), se déroulant sous forme de plusieurs entretiens avec le pharmacien d'officine, afin d'améliorer la prise en charge des patients.



Étapes du Bilan Partagé de Médication, Omédit Grand Est, 2022

¹ Evaluation et amélioration des pratiques : Prescrire chez le sujet âgé, HAS 2006 ; Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, HAS 2014

Nous remercions l'ensemble des experts en gériatrie gérontologie de la région Centre-Val de Loire qui ont participé activement au groupe de travail (*) à l'origine de la revue complète de ce livret.

Nous remercions également l'ensemble des relecteurs (membres de la commission technique Gériatrie-Gérontologie de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire ou experts des domaines thérapeutiques dédiés)

Ont participé à l'élaboration ce livret :

- **ADAM Marie-Pierre** - Pharmacien
CH de Vendôme-Montoir (41)
- **AIDOUZ Amal** - Médecin gériatre
CHU de Tours (37)
- **ANTIER Daniel** – PU-PH Pharmacien
CHRU de Tours (37)
- **BARBAIRE Julien** - Pharmacien
CH de la Chatre (36)
- **BENKEMOUN Philippe*** - Pharmacien
CH de Bourges (18)
- **BELLATRECHE M'Hammed*** - Médecin gériatre
CH de Vendôme-Montoir, SEPIA 41 (41)
- **BOUDET Adeline*** - Pharmacien
OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **BLANC Pascal*** - Médecin gériatre
CHU de Tours (37)
- **CAHOUËT Laetitia** - Pharmacien
EHPAD de Villante à Dry et EHPAD Le Champganier à Meung (45)
- **CARIOT Axelle** – Pharmacien
EHPAD de Bellevue
- **CHARTIER Aude*** - Médecin Coordinateur régional
EHPAD Korian
- **DOURLENS Anne** – Pharmacien
Clinique Cour Cheverny (41)
- **FAUVEL Tara** – Externe en pharmacie
OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **FRIOCOURT Patrick** – Médecin Cardiogériatre
CH de Blois (41) Tuteur UMPC
- **GORGEON Célia** - Pharmacien
Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (36)
- **GRIFFON DU BELLAY Amaury*** - Pharmacien
CHR d'Orléans (45)
- **LECOMTE Soisic*** – Docteur junior en pharmacie
CHR d'Orléans (45)
- **MARIE Patrick*** - Pharmacien
CH de Beaugency (45)
- **MARQUET Daniela*** - Pharmacien Assistant
CHRU de Tours (37)
- **MICHEL Natacha** - Médecin Gériatre
ERVMA Centre-Val de Loire
- **MOREL Nelly*** - Pharmacien
SSR Les Buissonnets (45)
- **NKODO Jacques-Alexis** - Médecin gérontopsychiatre
CHU de Tours (37)
- **NZEYIMANA Elsa** - Interne en pharmacie
OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **PERICHON Paul-Olivier** - Pharmacien
CH de Blois (41)
- **PEYRAS-LABARTHE Céline** - Pharmacien
CH de Sully sur Loire (45)
- **Du PORTAL Hugues** - Pharmacien
OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **ROULEAU Jean**- Médecin coordonnateur (41)
EHPAD du Grand Mont à Contres, EHPAD La Bonne Eure à Bracieux et EHPAD La Favorite à Cour-Cheverny
- **ROSEAU Charles*** - Interne en pharmacie
OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **SORS-MIREUX Isabelle** - Médecin gériatre
ARS Centre-Val de Loire (DOMS)
- **TILLIE Fabienne*** - Pharmacien
CHR d'Orléans (45)
- **VIANDE Sophie** - Pharmacien
CH de Dreux (28)

Membres de la commission technique Gériatrie et Produits de santé de l'OMEDIT Centre Val de Loire (avril 2023)

Groupe de travail régional ouvert coordonné par l'OMÉDIT Centre-Val de Loire et ayant pour objectif de sécuriser le circuit du médicament dans le parcours de santé des sujets âgés (recommandations régionales, sensibilisation aux risques identifiés, outils et formations de bon usage des produits de santé...).

- **ABERKANE Anne** - Directeur ETS
EHPAD Sainte Famille
- **ADAM Marie-Pierre** - Pharmacien
CH de Vendôme
- **ALLOUETTEAU Séverine** - Pharmacien
CH de Bourges
- **AUDURIER Yohan** - Pharmacien
CHIC d'Amboise
- **BENKEMOUN Philippe** - Pharmacien
CH de Bourges
- **BLANC Pascal** – Médecin Gériatre
CHU de Tours
- **BOUDET Adeline** – Pharmacien
OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **BOURGUEIL Julie** - Pharmacien
CHU de Tours
- **BULTEY Eugénie** - Pharmacien
CHIC d'Amboise
- **CARIOT Axelle** - Pharmacien
EHPAD de Bellevue
- **CHAPLAIN Julie** - Pharmacien
HL de Saint Aignan
- **CHARPIN Marie-Claire** - Pharmacien
CH de Dreux
- **DA VIOLANTE Catherine** - Pharmacien
CHR d'Orléans
- **DELZOR Faustine** - Pharmacien
CH de Châteauroux
- **DOURLENS Anne** - Pharmacien
Clinique de Cour Cheverny
- **GORGEON Célia** - Pharmacien
CDGI 36
- **GRIFFON DU BELLAY Amaury** - Pharmacien
CHR d'Orléans
- **HERMELIN-JOBET Isabelle** - Pharmacien
CHR d'Orléans
- **JONVILLE-BERA Annie-Pierre** - Médecin
CHU de Tours
- **KOUACHE Amina** - Pharmacien attaché
CH de St Amand Montrond
- **KUBAS Sophie** – Médecin
Directrice Médicale Vyv³ Centre-Val de Loire
- **LAMANDÉ Marc** - Médecin gériatre
CHU de Tours
- **LEDROIT Morgane** - Pharmacien
CH d'Issoudun
- **LEMARCHAND Nathalie** - Pharmacien
CRFA Le Coteau
- **MALARD Gaëlle** – Médecin
CH de Bourges
- **MARIÉ Patrick** - Pharmacien
CH de Beaugency
- **MARQUET Daniela** – Pharmacien assistant
CHU de Tours
- **MICHEL Natacha** – Médecin gériatre
CHU de Tours – ERVMA
- **MONTOY Delphine** - Médecin gériatre
EHPAD de Bellevue
- **MOREAU Christelle** - Pharmacien
CH de Blois
- **MOREL Nelly** - Pharmacien
SSR Les Buissonnets
- **PEYRAS-LABARTHE Céline** -Pharmacien
CH de Sully
- **POCQUET LEFEBVRE MClaude** - Médecin gériatre
CH de Pithiviers
- **Du PORTAL Hugues** - Pharmacien
OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **SOUBRA Xavier** - Pharmacien
CH de La CHATRE
- **TILLIÉ Fabienne** - Pharmacien
CHR d'Orléans
- **VIANDE Sophie** Pharmacien
CH de Dreux

Composition du livret

La Commission technique Gériatrie et Produits de santé coordonnée par l'OMÉDIT Centre-Val de Loire est à l'origine de la création de ce livret thérapeutique gériatrique en 2012. Il consiste en **l'élaboration d'une liste positive** qui regroupe les médicaments pouvant être prescrits préférentiellement chez le sujet âgé.

L'édition 2023 a été entièrement revue à partir des consommations observées dans les services d'hébergement rattachés à un établissement sanitaire, avec une méthodologie validée par le groupe de travail.

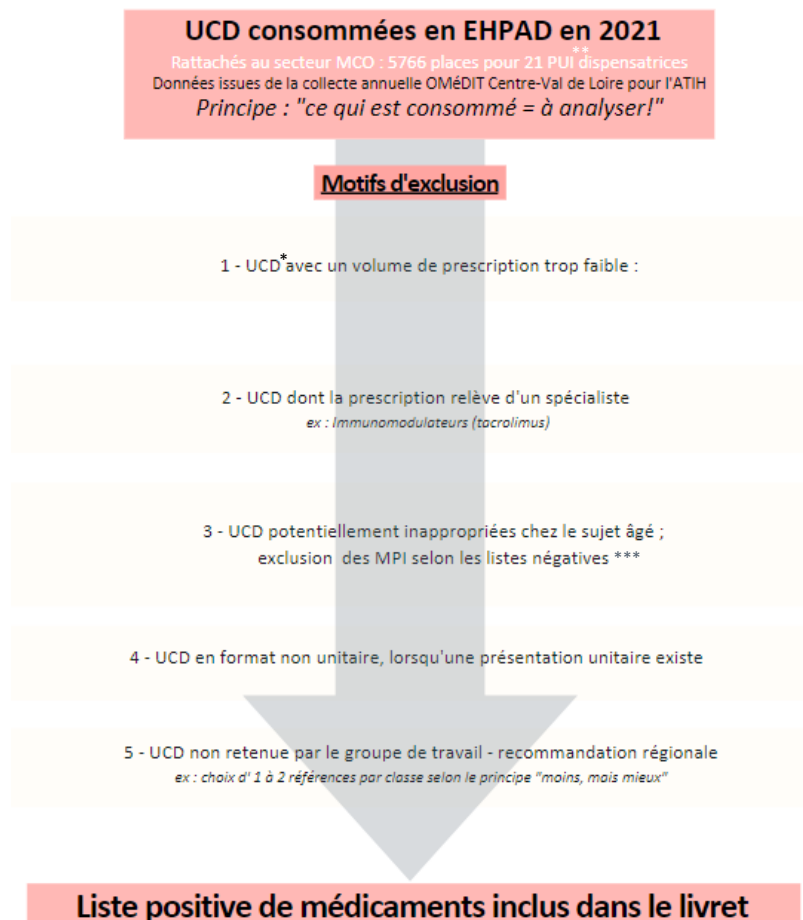


Figure 1 Méthodologie de construction du livret

*UCD : unité commune de dispensation

**PUI : Pharmacie à usage intérieur

***médicament potentiellement inapproprié (MPI) identifié dans les guides PAPA 2020[®] (général et spécialisé (cardiologie, rhumatologie...)), la liste REMEdies[®] et la liste « pour mieux soigner des médicaments à écarter » Prescrire[®] ;

Certains médicaments potentiellement inappropriés (MPI) ont été maintenus dans le livret du fait de l'absence d'alternative. L'utilisation de ces MPI ne doit intervenir qu'en dernier recours ; ils sont signalés par un feu orange ou rouge selon le(s) risque(s) associé(s) à leur utilisation.

En cas d'absence d'un médicament, il convient de s'interroger.

Résultats



Tableau 1 : Classes et nombre de références présentes dans le livret.

| Classe ATC 1 | Libellé | Nombre de références étudiées | Nombre de références retenues | Classe ATC1 | Libellé | Nombre de références étudiées | Nombre de références retenues |
|--------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Classe A | Système digestif et métabolisme | 200 | 36 | Classe M | Système musculo-squelettique | 43 | 6 |
| Classe B | Sang et organe hématopoïétique | 150 | 14 | Classe N | Système nerveux | 470 | 34 |
| Classe C | Système cardio-vasculaire | 262 | 32 | Classe P | Antiparasitaires, insecticides et répulsifs | 8 | 3 |
| Classe D | Dermatologie | 88 | 17 | Classe R | Système respiratoire | 83 | 15 |
| Classe G | Système génito-urinaire et hormones sexuelles | 35 | 7 | Classe S | Organes sensoriels | 70 | 14 |
| Classe H | Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines | 44 | 6 | Classe V | Divers | 16 | 3 |
| Classe J | Anti-infectieux (usage systémique) | 113 | 14 | | | | |

Le livret compte **204 spécialités**, réparties sur **13 classes thérapeutiques**.

Les médicaments sont rangés par classe ATC1 (organe, ex : classe = Système cardio-vasculaire), puis par classe ATC 3 correspondant à la classe pharmaco-thérapeutique (ex : Béta bloquant), puis par ordre alphabétique.

Il est proposé d'utiliser le livret avec la démarche suivante :

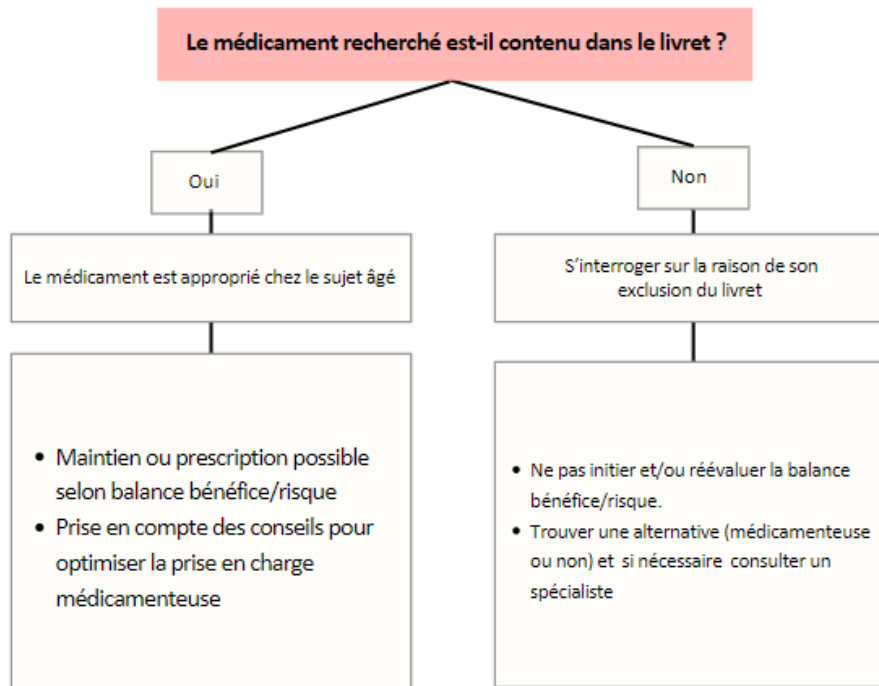
1. Initiation d'une prise en charge thérapeutique : vérifier la présence du médicament souhaité dans le livret.
2. Évaluation du patient / résident, réévaluation de son traitement : vérifier que les traitements actuellement prescrits sont présents dans le livret.
3. Préparation pour un résident : l'IDE vérifie la présence du médicament dans le livret pour retrouver les conseils d'administration.

| | Indication du traitement |
|--------------|--|
| START | 1. Quand un médicament est clairement indiqué et considéré comme approprié dans un contexte clinique particulier et qu'il n'y a pas de contre-indication claire, ce médicament devrait être initié conformément aux directives du formulaire concernant la dose et la durée |
| STOPP | 1. Tout médicament prescrit sans indication thérapeutique/clinique 2. Tout médicament prescrit au-delà de la durée recommandée, lorsque la durée du traitement est bien définie 3. Toute prescription de classe de médicaments en double pour un usage quotidien régulier (en dehors de l'utilisation en « si besoin ») Ex : 2 concurrents AINS, ISRS, diurétique de l'anse, Inhibiteur de l'enzyme de conversion, anticoagulants, antipsychotiques, analgésiques opioïdes (l'optimisation de la monothérapie au sein d'une seule classe de médicaments devrait être observée avant d'envisager un nouvel agent) |

STOPP/START version 3 – section A⁷

⁷ O'Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A.R. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med (2023). <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>

Figure 2 Comment utiliser le livret ?



Plusieurs raisons possibles à l'exclusion du médicament soit :

- Le médicament est inapproprié : vérifier le paragraphe « médicament à éviter » en introduction de la classe ; le GT proposera dans la mesure du possible une alternative au MPI ;
- Une alternative préférentielle a été retenue par le groupe d'expert (ex : forme, dosage, molécule, galénique adaptée...);
- Le médicament a été exclu selon la méthodologie ci-dessus.

Légendes et guide d'utilisation : informations sur le contenu des colonnes

Libellé ATC 5/DCI :

Libellé de la classification anatomique chimique et thérapeutique (ATC), correspondant à la dénomination commune internationale (DCI), principe actif du médicament.






Libellé UCD :

UCD (unité commune de dispensation) : nom commercial. Le choix s'est porté autant que de possible, sur les spécialités ayant une présentation unitaire destinée à faciliter la présentation en pilulier et à assurer l'identification du médicament jusqu'à son administration.

Broyage/ouverture²



Recommandation concernant la possibilité d'écraser ou couper en plusieurs parties un comprimé ou d'ouvrir une gélule.

L'information est diffusée sous la forme de pictogramme, accompagné de conseil dans la colonne dédiée :

| | |
|---|--|
|  | Le comprimé peut être écrasé |
|  | Le comprimé ne doit pas être écrasé |
|  | La gélule peut être ouverte pour libérer son contenu |
|  | La gélule ne doit pas être ouverte |
|  | Soluble dans un verre d'eau |

Vigilance particulière :

Médicament maintenu dans le livret devant faire l'objet de précautions d'emploi lors de son utilisation au sein de la population gériatrique détaillées dans la colonne « commentaires ». Elles sont identifiées par les pictogrammes suivants :

| | |
|---|--|
|  | la prescription est possible avec une vigilance particulière ; |
|  | la prescription peut être envisagée en l'absence de toute alternative ou dans les cas très spécifiques explicités en commentaire. Dans les autres cas, l'arrêt du traitement doit être envisagé. |

Commentaire :

Précise les informations utiles concernant le médicament, notamment :

- Les points de vigilance particuliers (rappel d'indication, précaution d'emploi, toxicité, suivis biologiques etc.) ;
- Les alternatives galéniques lorsqu'elles existent ;
- Les dosages disponibles lorsque cela est pertinent.

Interaction à risque³ :

Précise les interactions médicamenteuses avec un niveau de recommandation « contre-indication » ou « association déconseillée ». Seuls les médicaments susceptibles d'être rencontrés en pratique clinique ont été inclus. Le type d'interaction (induction, inhibition, compétition), ainsi que le risque entraîné, sont précisés lorsque cela est utile.

² Utilisation de la liste des médicaments écrasables de l'OMÉDIT Normandie/SFPC et des données du RCP.

³ Base de données publique des médicaments, Thésaurus des interactions médicamenteuses – ANSM - 2020.

Adaptation à la fonction rénale⁴ :

Précise les modalités d'adaptation à la fonction rénale des médicaments, lorsqu'elles existent, à l'aide du site GPR consulté au 1^{er} semestre 2023 et des recommandations du RCP*. Il peut s'agir, d'une réduction de posologie, d'une contre-indication ou d'une vigilance renforcée en l'absence de données.

Charge anticholinergique CIA/ACB^{5,6} :

Selon le calculateur CIA/ACB de l'OMÉDIT Pays de la Loire, pour que le prescripteur puisse évaluer sur l'ensemble de l'ordonnance du patient/résident, l'imprégnation anticholinergique des traitements :

Echelle ACB

Echelle de Boustani *et al.* (2008), évaluant les effets indésirables anticholinergiques **centraux** des médicaments. Le risque étant des troubles cognitifs : confusion, troubles mnésiques, agitation, hallucinations, désorientation spatio-temporelle.

Les effets anticholinergiques des médicaments participent au **risque de chute** chez la personne âgée. Les médicaments identifiés par cette échelle sont classés en 3 scores selon leur risque cognitif : score de 1 (risque faible), score de 2 (risque modéré), score de 3 (risque fort).

- ⇒ Pour évaluer le risque cognitif total pour une prescription, additionner les scores de chaque médicament. Si le score total **est supérieur ou égal à 4**, l'impact cognitif est considéré comme significatif.

Echelle CIA

Echelle de Briet *et al.* (2017), évaluant les effets indésirables anticholinergiques **périphériques** des médicaments, ou encore risque d'imprégnation anticholinergique.

Les risques sont variés : constipation, rétention urinaire aiguë, tachycardie, troubles visuels, sécheresse buccale et oculaire ; les effets anticholinergiques des médicaments participent au risque de chute chez la personne âgée.

Les médicaments identifiés par cette échelle sont classés en 3 scores selon leur risque d'imprégnation anticholinergique : score de 1 (risque faible), score de 2 (risque modéré), score de 3 (risque fort).

- ⇒ Pour évaluer le risque d'imprégnation anticholinergique total pour une prescription, additionner les scores de chaque médicament. Si le score total **est supérieur à 5**, l'impact anticholinergique périphérique est considéré comme élevé. Il convient de tendre vers un objectif de charge anticholinergique la plus faible possible (selon la balance bénéfice/risque).

Recommandations pour l'administration :

Ensemble des modalités de prise du médicament, en précisant, si cela est utile :

- Le moment de prise,
- Si la prise est dépendante ou non des repas,
- Les modalités de manipulation en cas de broyage/ouverture de gélules lorsque des recommandations particulières sont disponibles en complément de la colonne dédiée,
- Toutes vigilances jugées pertinentes par le groupe de travail.

Ce livret thérapeutique est disponible dans une version Excel triable et dans une version imprimable selon l'utilisation souhaitée.

⁴ GPR.com et des données du RCP

⁵ Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé : Les bons réflexes de prescription – 2021- OMÉDIT Pays de la Loire.

⁶ Les échelles anticholinergiques : usage en psychiatrie et mise à jour de l'échelle d'imprégnation anticholinergique – 2022- H. Javelot.

Les nouveautés de la version 2023

Afin de simplifier son utilisation, le livret se concentre sur les médicaments les plus consommés en région Centre-Val de Loire, pouvant être prescrits en ville.

Certains médicaments et situations thérapeutiques peuvent nécessiter un avis spécialisé. Ces traitements sont exclus du livret. Il est recommandé d'avoir recours à la télémédecine afin d'avoir un avis spécialisé au plus tôt (ex : pathologies respiratoires, dermatologiques, oculaires et infectieuses, stomathérapie, ...).

Les informations contenues dans le livret ont également évolué :

- Les encarts introductifs, précisant les médicaments potentiellement inappropriés, ont été intégralement révisés, en utilisant le Guide PAPA® version 2015, la liste REMEDies® du centre de pharmacovigilance de Limoges (2021)⁸, et la liste « pour mieux soigner, des médicaments à écarter » de la revue Prescrire® (2022) ;
- Les commentaires de chaque médicament ont été approfondis, avec l'ajout de précisions de bon usage et/ou la nécessité d'avis spécialisés.
- Les modalités d'administration ont été détaillées le plus possible pour accompagner les IDE à s'assurer de la bonne administration du médicament. Par exemple, l'utilisation des inhalateurs pour l'asthme a été détaillée ;
- Introduction d'une colonne précisant la charge anticholinergique des médicaments ;
- Introduction des schémas d'adaptation posologique à la fonction rénale ;
- Elargissement des interactions médicamenteuses à toutes celles jugées pertinentes pour la pratique clinique par le groupe de travail ;
- Nouvelle organisation au sein des classes ATC1, afin de faciliter la navigation au sein du livret : ajout de sous-titres regroupant les médicaments par classe pharmaco-thérapeutique.

Le groupe de travail s'est positionné sur les points suivants :

- Aucune association, notamment en cardiologie, n'a été retenue dans le livret afin de limiter au minimum le nombre de lignes du livret et améliorer sa lisibilité, hormis lorsque celle-ci était essentielle (ex : traitement de l'asthme)
- Les vitamines ayant le statut de médicament ont été ajoutées au livret, afin d'encourager la prise en charge des carences vitaminiques chez le sujet âgé.
- Concernant les benzodiazépines et afin de limiter leur prescription, seul le Seresta® (oxazépam) a été maintenu, considérant qu'il était le seul adapté aux patients âgés.
- Les médicaments devant être prescrits de manière ponctuelle et relevant d'une prise en charge urgente (ex : administration de glucagon) ne sont pas présents dans ce livret.
- Pour la classe R (système respiratoire) et les médicaments administrés par voie pulmonaire, les références proposées s'appuient également sur les consommations régionales de santé en ville (données Open Medic) en ciblant les prescriptions les plus souvent réalisées par un médecin généraliste dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et de la BPCO.
- La classe L (anticancéreux et immunomodulateurs) a été retirée du livret car concerne des prises en charge très spécifiques. Pour ces médicaments :
 - Se référer [aux fiches anticancéreux oraux](#) (fiches patient et fiches professionnel).
 - Ces médicaments ne doivent jamais être broyés ou coupés, car ils exposent à un risque toxique.

Malgré toute l'attention portée, ce livret peut encore comporter des erreurs.

Merci de contacter l'OMÉDIT (omedit-centre@omedit-centre.fr) afin d'optimiser son contenu dans un intérêt collectif.

La responsabilité de l'OMÉDIT Centre -Val de Loire ne saurait être engagée en cas d'erreurs.
Les informations sont données à titre informatif. Cela n'exclut pas de garder un sens critique lors de l'utilisation du livret.

Cet outil et recommandations ne peuvent remplacer le jugement clinique du prescripteur, qui prend sa décision finale au cas par cas, face à chacun des patients. Ce livret peut servir de guide dans la décision de prescrire ou de déprescrire les médicaments chez le sujet âgé.

Bibliographies

¹ *Evaluation et amélioration des pratiques : Prescrire chez le sujet âgé, HAS 2006 ; Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, HAS 2014*

² *Utilisation de la liste des médicaments écrasables de l'OMÉDIT Normandie/SFPC et des données du RCP.*

³ *Base de données publique des médicaments, Thésaurus des interactions médicamenteuses – ANSM - 2020.*

⁴ *GPR.com et des données du RCP*

⁵ *Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé : Les bons réflexes de prescription – 2021- OMÉDIT Pays de la Loire.*

⁶ *Les échelles anticholinergiques : usage en psychiatrie et mise à jour de l'échelle d'imprégnation anticholinergique– 2022- H. Javelot.*

⁷ *O'Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A.R. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med (2023). <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>*

⁸ *Roux, B., Berthou-Contreras, J., Beuscart, JB. et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. Eur J Clin Pharmacol 77, 1713–1724 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00228-021-03145-6>*

⁹ *André J. Scheen, Choix entre une gliptine et une gliflozine chez le patient âgé avec un diabète de type 2, Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 16, Issue 3, 2022, Pages 264-27*

Autres sources utilisées pour la construction du livret :

- *Les critères STOPP/START.version 3 O'Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A.R. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med (2023). <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>*
- *Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française – 2015 – P.O. Lang Disponible sur :*
 - *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2 | Age and Ageing | Oxford Academic (oup.com)*
 - *STOPP/START version 2 informatisée (free.fr)*
- *Roux, B., Berthou-Contreras, J., Beuscart, JB. et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. Eur J Clin Pharmacol 77, 1713–1724 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00228-021-03145-6>*
- *Guide PAPA : Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées – 2015 - Claude Jeandel, Olivier Hanon*
- *POUR MIEUX SOIGNER, DES MÉDICAMENTS À ÉCARTER bilan 2023 – Revue Prescrire*
- *Version précédente des livrets thérapeutiques gériatriques (versions 2012 et 2016) et travaux de la commission technique régionale Gériatrie et produits de santé de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire.*

Avec le soutien de :



Boîte à outils (liste non exhaustive) : Prescription, suivi et réévaluation

| | |
|-------------------------------------|---|
| Médicaments (in)appropriés | Liste REMEDI[e]S (Centre Régional de Pharmacovigilance de Limoges, 2021) |
| | Critères STOPP/START.v2 en langue française (P.O. Lang et al., 2015) |
| | Application STOPP/START (Dr Anne Geoffret, médecin généraliste) |
| Charge anticholinergique | Calculateur de charge anticholinergique (OMÉDIT Pays de la Loire, 2021) |
| | Fiche « Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé : Les bons réflexes de prescription » (OMÉDIT Pays de la Loire, 2021) |
| Médicaments écrasables | Liste des médicaments écrasables (OMÉDIT Normandie et SFPC, mise à jour régulière) |
| | Kit de formation « Passez votre permis de broyer les médicaments » (OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2021) |
| Anticoagulants | Guide des anticoagulants avec protocole Siguret pour l'instauration d'AVK (p.10) (OMÉDIT Normandie, 2022) |
| Douleur chronique | Fiche de bon usage « Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée » (OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2018) |
| Laxatifs | Fiche de bon usage (OMÉDIT Centre-Val de Loire,) |
| Chimiothérapies orales | Fiches « Voie Orale contre le Cancer (VOC) » (OMÉDIT Bretagne, Normandie et Pays de la Loire, m à j régulières) → Fiches pratiques par médicaments à destination des professionnels de santé et des patients |
| | Application Voie Orale contre le Cancer (OMÉDIT Bretagne, Normandie et Pays de la Loire, m à j régulières) → Accès aux fiches VOC depuis votre téléphone |
| |  App Store  Google Play |
| Perfusion sous-cutanée | Fiche de bon usage « Hypodermoclyse de solutés en prévention de la déshydratation » (OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2017) |
| Iatrogénie et chute | Fiche de bon usage « Iatrogénie et chutes chez le sujet âgé » (OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2023) |
| | Grille d'EPP - établissement sanitaire « Iatrogénie et chutes chez le sujet âgé » version papier ou numérique (OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2023) (modèle « établissement médico-social » sera mis en ligne en juillet 2023) |
| IPP per os | Kit « IPP per os chez la personne âgée » (OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2022) → Fiches de bon usage pour prescrire et déprescrire, flyers à destination des patients, grille d'EPP, ... |
| Déprescription des benzodiazépines | Fiche « Algorithme de déprescription des benzodiazépines » (Deprescribing.org, 2018) |
| | Flyer patient « Déprescription des benzodiazépines » (Deprescribing.org, 2016) |
| Déprescription des antipsychotiques | Fiche « Algorithme de déprescription des antipsychotiques » (Deprescribing.org, 2018) |
| | Flyer patient « Déprescription des antipsychotiques » (Deprescribing.org, 2018) |



N'hésitez pas à consulter les sites internet des OMÉDIT et à suivre l'[OMÉDIT Centre-Val de Loire](#) sur LinkedIn pour vous tenir informés des nouveaux outils, mais aussi des actualités, événements de formation et webinaires, ...

Glossaire

AES : Accident d'exposition au sang
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARM : antagoniste des récepteurs aux minéralo-corticoïdes
ASI : Activité sympathomimétique intrinsèque
ATC (classe) : classification anatomique, thérapeutique et chimique
AVC : accident vasculaire cérébral
AVK : antivitamine K
BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive
BZD : benzodiazépine
CI : contre-indication
Clcr : clairance de la créatinine
CVL : Centre-Val de Loire
DFG : Débit de filtration glomérulaire
DOMS : Direction de l'Offre Médico-Sociale
ECG : électrocardiogramme
EI : évènement indésirable
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
EPPI : Eau Pour Préparation Injectable
ERVMA : Equipe Régionale de Vieillesse et de Maintien Centre-Val de Loire
FA : Fibrillation Atriale (Fibrillation Auriculaire)
FEVG : Fraction d'éjection ventriculaire gauche
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : hypertension artérielle
HNF : Héparine Non Fractionnée
HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
GINA : Global INitiative for Asthma
IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion
IM : intramusculaire
INR : international normalized ratio
IPP : inhibiteur de la pompe à protons
IH : insuffisance hépatique
IR : insuffisance rénale
IRC : insuffisance rénale chronique
IRS : inhibiteur de recapture de la sérotonine
IRSS/IRSN : inhibiteur de recapture de la sérotonine/noradrénaline
IV : intraveineux
LDLc : low density lipoprotein cholesterol
LP : Libération Prolongée
MPI : médicament potentiellement inapproprié
NFS : numération de formule sanguine
PA : principe actif
PAPA : Prescription médicamenteuse Adaptée à la Personne Agée
RCP : Résumé des Caractéristiques Produit
SA : sujet âgé
SC : sous-cutané
SiADH : syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique
SFGG : Société Française de Gériatrie Gérontologie
SGLT2 : Sodium-Glucose cotransporteur de type 2
SNG : sonde naso-gastrique
SS : Sécurité Sociale
TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
TSH : thyroid-stimulating hormone
UCD : unité commune de dispensation

Sommaire

Liste des médicaments potentiellement appropriés chez les personnes âgées



Classée selon 13 groupes de la **classe ATC**
(ATC A à ATC V)






| | |
|---|----------------|
| Classe ATC A : Voies digestives et métabolisme | Page 18 |
| ➤ Insulines et analogues | page 18 |
| ➤ Antidiabétiques (insulines exclues) | page 18 |
| ➤ Médicaments pour le traitement de l'ulcère – anti-acides et IPP | page 20 |
| ➤ Antiémétiques et antinauséux | page 21 |
| ➤ Antispasmodiques et anticholinergiques de synthèse | page 22 |
| ➤ Anti-diarrhéiques | page 22 |
| ➤ Laxatifs | page 23 |
| ➤ Anti-infectieux intestinaux | page 24 |
| ➤ Supplémentation (potassium, calcium, vitamine etc...) | page 25 |
| ➤ Xérostomie et soins de bouche | page 27 |
| Classe ATC B : Sang et organes hématopoïétiques | Page 28 |
| ➤ Anticoagulants oraux d'action direct (AOD) | page 28 |
| ➤ Antivitamines K | page 29 |
| ➤ Héparines et dérivés | page 30 |
| ➤ Antiagrégants plaquettaires | page 31 |
| ➤ Anti-fibrinolytiques | page 32 |
| ➤ Solutés pour perfusion | page 32 |
| ➤ Vitamines et suppléments | page 32 |
| Classe ATC C : Système cardio-vasculaire | Page 34 |
| ➤ Antiarythmiques | page 34 |
| ➤ Béta-bloquants | page 35 |
| ➤ Stimulants cardiaques | page 39 |
| ➤ Autres médicaments de l'insuffisance cardiaque | page 40 |
| ➤ Diurétiques | page 41 |
| ➤ Inhibiteurs calciques périphériques | page 43 |
| ➤ Inhibiteurs de l'enzyme de conversion | page 44 |
| ➤ Inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine II | page 46 |
| ➤ Vasodilatateurs | page 47 |
| ➤ Hypocholestérolémiants et hypotriglycéridémiants | page 49 |
| ➤ Antihémorroïdaires | page 51 |
| Classe ATC D : Dermatologie | Page 52 |
| ➤ Antifongiques à usage topique | page 52 |
| ➤ Anti-infectieux cutané | page 54 |
| ➤ Dermocorticoïdes | page 55 |





| | |
|--|----------------|
| ➤ Antiseptiques et désinfectants | page 57 |
| ➤ Cicatrisants | page 57 |
| ➤ Emollients | page 58 |
| Classe ATC G : Système génito-urinaire et hormones sexuelles | Page 59 |
| ➤ Anti-infectieux et antiseptiques | page 59 |
| ➤ Médicaments de l'hypertrophie bénigne de la prostate | page 60 |
| ➤ Médicaments de l'incontinence urinaire | page 61 |
| Classe ATC H : Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues | Page 62 |
| ➤ Corticoïdes à usage systémique | page 62 |
| ➤ Médicaments de l'hypothyroïdie | page 64 |
| ➤ Antithyroïdiens | page 64 |
| ➤ Hormones antiparathyroïdiennes | page 65 |
| Classe ATC J : Anti-infectieux (usage systémique) | Page 66 |
| ➤ Antimycosiques à usage systémique | page 66 |
| ➤ Antiviraux à action directe | page 67 |
| ➤ Bêta-lactamines : pénicillines | page 68 |
| ➤ Bêta-lactamines : céphalosporines | page 70 |
| ➤ Macrolides et lincosamides | page 70 |
| ➤ Quinolones antibactériennes | page 72 |
| ➤ Sulfamides et triméthoprimé | page 75 |
| ➤ Fosfomycine | page 75 |
| ➤ Vaccins | page 76 |
| Classe ATC M : Système musculo-squelettique | Page 78 |
| ➤ Anti-inflammatoires, antirhumatismaux, non stéroïdiens | page 78 |
| ➤ Antispasmodiques | page 78 |
| ➤ Médicaments de la goutte | page 79 |
| ➤ Médicaments de l'ostéoporose | page 80 |
| ➤ Topiques pour douleurs articulaire et musculaire | page 80 |
| Classe ATC N : Système nerveux | Page 81 |
| ➤ Analgésiques centraux non morphiniques | page 81 |
| ➤ Analgésiques opioïdes faibles | page 81 |
| ➤ Analgésiques opioïdes forts | page 82 |
| ➤ Analgésiques périphériques | page 86 |
| ➤ Antidépresseurs : ISRS | page 86 |
| ➤ Antidépresseur sédatifs | page 88 |
| ➤ Antidépresseurs sédatifs et anxiolytiques | page 89 |
| ➤ Antiépileptiques | page 89 |
| ➤ Antiépileptiques - anxiolytiques - douleurs neuropathiques | page 90 |
| ➤ Antiépileptiques - douleurs neuropathiques | page 91 |
| ➤ Antimyasthéniques | page 91 |
| ➤ Antiparkinsoniens | page 92 |
| ➤ Antipsychotiques | page 93 |
| ➤ Anxiolytiques | page 94 |




| | |
|--|-----------------|
| ➤ Hypnotiques | page 94 |
| ➤ Neuroleptiques | page 95 |
| ➤ Thymorégulateurs | page 97 |
| Classe ATC P : Antiparasitaires, insecticides | Page 98 |
| Classe ATC R : Système respiratoire | Page 100 |
| ➤ Bêta-2-mimétiques de courte durée d'action | page 100 |
| ➤ Bêta-2-mimétiques de longue durée d'action | page 101 |
| ➤ Corticoïdes inhalés | page 102 |
| ➤ Association bêta-2-mimétique et corticoïde | page 105 |
| ➤ Anti-leucotriènes | page 107 |
| ➤ Anticholinergiques | page 108 |
| ➤ Antihistaminiques | page 109 |
| ➤ Médicaments du soin palliatif | page 110 |
| Classe ATC S : Organes sensoriels | Page 111 |
| ➤ Anti-infectieux ophtalmiques | page 111 |
| ➤ Anti-inflammatoires ophtalmologiques | page 114 |
| ➤ Cicatrisants ophtalmologiques | page 115 |
| ➤ Collyres anti-allergiques..... | page 115 |
| ➤ Collyre antiglaucomateux | page 116 |
| ➤ Lavages oculaires | page 117 |
| ➤ Médicaments de la sécheresse oculaire | page 118 |
| ➤ Otologie | page 118 |
| Classe ATC V : Divers..... | Page 119 |
| Annexes..... | Page 121 |

Rappel : Classe ATC L – non abordée car prise en charge par spécialiste





| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|---|--|--|---|--------------------------|--|
| CLASSE ATC A : VOIES DIGESTIVES ET METABOLISME | | | | | | | | |
| <p>Les MPI devant être évités chez les personnes âgées de 75 ans et plus¹, concernant la classe ATC A (VOIES DIGESTIVES ET METABOLISME) sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les laxatifs stimulants qui exacerbent l'irritation colique. Les laxatifs osmotiques sont à privilégier ; - les laxatifs huileux (à base d'huile de paraffine) qui aggravent l'incontinence anale et diminuent l'absorption des protéines liposolubles ; - les sulfamides hypoglycémiant (ex : gliclazide, Diamicon®) qui peuvent entraîner des hypoglycémies sévères et prolongées ; - les antispasmodiques gastro-intestinaux aux propriétés anticholinergiques (scopolamine, dérivés atropiniques etc...) qui ont un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable car non clairement démontrée ; - le lopéramide dont l'utilisation est non recommandée, en raison d'effets indésirables de type morphinique et de la majoration du risque infectieux en cas de diarrhées infectieuses par ralentissement du transit. En cas de surdosage, risque de toxicité cardiaque (risque d'allongement du QT et torsades de pointe). Les mesures hygiéno-diététiques sont à privilégier ; en alternative, le recours au racécadotril ou au Smecta® est possible. - les anti-émétiques apparentés aux neuroleptiques (métopimazine, dompéridone, métoclopramide) qui exposent à des troubles du rythme cardiaque, AVC, et morts subites. Le rapport bénéfice/risque est souvent défavorable. En l'absence d'alternative, les prescrire à la durée la plus courte possible. <p>¹ répertoriés dans la liste de Laroche ML version 2021, le guide PAPA 2022 et/ou la liste des médicaments à éviter de Prescrire .</p> | | | | | | | | |
| INSULINES ET ANALOGUES | | | | | | | | |
| INSULINE GLARGINE | ABASAGLAR® 100 UI/mL sol.inj. stylo 3 mL KWIKPEN | | | 1 stylo par patient avec identification sécurisée sur le corps du stylo (≠ bouchon) : - étiquette patient - date d'ouverture +/- identification médicament à risque | | | | Varié les sites d'injection |
| INSULINE LISPRO | HUMALOG® 100 UI/mL sol.inj. stylo 3 mL KWIKPEN | | | 1 stylo par patient avec identification sécurisée sur le corps du stylo (≠ bouchon) : - étiquette patient - date d'ouverture +/- identification médicament à risque | | | | Varié les sites d'injection |
| ANTI-DIABÉTIQUES (INSULINES EXCLUES) | | | | | | | | |
| DAPAGLIFLOZINE | FORXIGA® 10 mg, cpr |  | | Les ISGLT2 peuvent être indiqués en cardiologie (cf classe C) Possible majoration de diurèse et hypovolémie, aggravant hTA orthostatique et favorisant le risque de chute Risque d'infection génitale à surveiller | Risque IRA fonctionnelle avec les IEC/ARAI/diurétiques et prudence en cas de fièvre ou fortes chaleurs ; risque de déshydratation | Initiation non recommandée pour un DFG < 25ml/min | | Prise indépendante du repas ou du moment de la journée ; les comprimés doivent être avalés entiers avec de l'eau |
| DULAGLUTIDE | TRULIQUITY® 1,5 mg/0,5 mL sol.inj. stylo | |  | Indications très limitées chez la personne âgée, des analogues GLP1 : effet négatif sur l'appétit, risque aggraver dénutrition et peu de recul chez >75 ans Attention : Administration hebdomadaire contrairement au Victoza® (LIRAGLUTIDE) qui est quotidienne | | Pas d'adaptation nécessaire | | Administration un jour donné de la semaine ; En cas d'oubli ou de modification : respecter au moins 72h entre les doses dans tous les cas Ne doit pas être utilisé si la solution contient des particules ou si elle est trouble et/ou décolorée |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|---|--|--|---|--------------------------|---|
| EMPA- GLIFLOZINE | JARDIANCE® 10 mg, cpr |  | | Les ISGLT2 peuvent être indiqués en cardiologie (cf classe C) Possible majoration de diurèse et hypovolémie, aggravant hTA orthostatique et favorisant le risque de chute Risque d'infection génitale à surveiller Autre dosage : 25 mg | Risque IRA fonctionnelle avec les IEC/ARAI/diurétiques et prudence en cas de fièvre ou fortes chaleurs ; risque de déshydratation | Dans le diabète de type 2, non recommandé pour un DFG < 30 ml/min | | Prise indépendante du repas ou du moment de la journée ; les comprimés doivent être avalés entiers avec de l'eau |
| LIRAGLUTIDE | VICTOZA 6 mg/mL, sol inj, stylo 3 mL | |  | Indications très limitées chez la personne âgée, des analogues GLP1 : effet négatif sur l'appétit, risque aggraver dénutrition et peu de recul chez >75 ans Attention : Administration quotidienne contrairement au Trulicity® (DULAGLUTIDE) qui est hebdomadaire | | Pas d'adaptation nécessaire | | Ne doit pas être utilisé si la solution n'est pas limpide et incolore ou presque incolore Préférer une administration journalière à heure fixe, indépendamment des repas |
| METFORMINE | METFORMINE 500 mg ARROW LAB, cpr |  | | Le plus petit dosage de metformine doit être favorisé lors des prescriptions. Autres dosages : 850 mg , 1000 mg Alternative : comprimé oro-dispersible de metformine (soluble dans un verre d'eau) | | Adaptation selon le DFG : - entre 45 et 60 ml/min, max 2g par jour - entre 30 et 45 ml/min, max 1g par jour - Contre-indication si < 30 ml/min | | Administration au cours ou à la fin du repas |
| REPAGLINIDE | REPAGLINIDE 0.5 mg ARROW LAB, cpr |  |  | Vigilance : peut exposer à des hypoglycémies parfois sévères particulièrement chez le sujet dénutri, nécessitant une adaptation posologique A réserver en association à l'insuline lente et lorsque la metformine est contre-indiquée (Insuffisance rénale sévère) Autres dosages : 1 mg, 2 mg | Association avec insuline rapide : risque d'hypoglycémie | Pas d'adaptation nécessaire | | Prise au moins 15 min avant le repas En cas de saut de repas, la prise correspondante doit être sautée |




| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|---|---|---|---|--------------------------|---|
| SITAGLIPTINE | JANUVIA 50 mg cp pelliculé |  |  | Vigilance : aux associations fixes induisant fortes doses de metformine (1g de metformine/cp) et à utiliser avec prudence chez le sujet IR Toxicité digestive (diarrhée, nausée), risques d'infection (urinaire, pancréatite, respi. haute) et de réactions d'hypersensibilité graves Autre dosage : 100 mg Alternative thérapeutique selon le profil patient : ISGLT2 (gliflozines) | | Adaptation dès le DFG < 45 ml/min : - entre 30 et 45 ml/min : 50 mg/j - Contre-indication si < 30 ml/min : forme galénique 25mg n'étant pas disponible en France (cp non sécable) | | A administrer en cours ou en dehors des repas Forme galénique non soluble dans l'eau, et non administrable par sonde entérale |
| MEDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE L'ULCERE - ANTI-ACIDES et IPP | | | | | | | | |
| ANTIACIDE AVEC BICARBONATE DE SODIUM | ALGINATE SODIUM BICARB SODIUM 500 mg/267 mg VIATRIS, susp buv, sachet 10 mL (Générique du Gaviscon®) | | | Médicament riche en sodium (138mg/sachet) ; vigilance en cas de régime hyposodé | Diminution de l'absorption des autres médicaments | | | Prise après le repas A prendre à distance des autres médicaments (2h) |
| LANSOPRAZOLE | LANSOPRAZOLE 15 mg VIATRIS cpr orodispersible |  |  | La pertinence du traitement est à réévaluer fréquemment : Kit "Bon usage des IPP" (inhibiteurs de la pompe à protons) à télécharger sur le site de l'Omédit CVL ou en suivant ce lien : [Cliquez ICI] Risque de colite microscopique non retrouvé avec autre IPP Alternative : inexium®(Esomeprazole) 10 mg sachet buvable | Modification de l'absorption : - surveillance renforcée des patients traités par warfarine (AVK) ; - interaction avec les anticancéreux oraux de la classe des inhibiteurs de tyrosine kinase : PERTE d'EFFICACITE | Pas d'adaptation nécessaire | | Prise le matin 30 min. avant un repas A laisser fondre sur la langue, ou avaler entier avec un verre d'eau Administration possible du comprimé dissous via une seringue, ou par sonde naso-gastrique (risque d'occlusion : bien rincer la sonde après administration) |





| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|---|--|--|--|--------------------------|---|
| PANTOPRAZOLE | PANTOPRAZOLE 20 mg, ARROW GENERIQUES, cpr gastro-résistant |  | | La pertinence du traitement est à réévaluer fréquemment Kit "Bon usage des IPP" (inhibiteurs de la pompe à protons) à télécharger sur le site de l'Omédit CVL ou en suivant ce lien : [Cliquez ICI] Alternative : lansoprazole orodispersible, inexium® 10 mg Sachet buvable | Modification de l'absorption : - surveillance renforcée des patients traités par warfarine (AVK) ; - interaction avec les anticancéreux oraux de la classe des inhibiteurs de tyrosine kinase : PERTE d'EFFICACITE | Pas d'adaptation nécessaire | | A avaler entier avant un repas, sans croquer ni écraser le comprimé |
| ANTIEMETIQUES ET ANTINAUSEEUX | | | | | | | | |
| DOMPERIDONE | DOMPERIDONE 10 mg, ARROW, cpr orodispersible |  |  | Vigilance MPI : se référer à l'encadré en début de classe pour plus de précisions A n'utiliser qu'en l'absence de toute alternative, chez le patient atteint de la maladie de Parkinson Durée de traitement : 7 jours maximum Alternative : solution buvable | Substrat du CYP 3A4. Contre-indication avec les inhibiteurs puissants du CYP3A4 (ex : certains médicaments du VIH, antifongiques, et antibiotiques) : risque de surdosage Si possible, interroger un pharmacien lors de la prescription Contre-indication avec les médicaments allongeant l'intervalle QT, notamment : - le citalopram et l'escitalopram - l'amiodarone et le sotalol | En cas d'insuffisance rénale, la posologie doit être réduite à 1 à 2 prises par jour | CIA-1 | Prise avant le repas, pour une absorption plus rapide, à heure fixe Ne pas doubler la prise en cas d'oubli |
| METOPIMAZINE | VOGALENE LYOC® 7,5 mg, lyophilisat oral |  |  | Vigilance MPI : se référer à l'encadré en début de classe pour plus de précisions Antagoniste dopaminergique contre-indiqué en cas de maladie de parkinson Alternative : forme suppositoire | | Risque de surdosage chez l'insuffisant rénal | | Prise 15 min avant les repas A laisser dissoudre sur la langue sans croquer ou dissoudre le comprimé dans un demi-verre d'eau |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---|---|---|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| ANTISPASMODIQUES ET ANTICHOLINERGIQUES DE SYNTHESE | | | | | | | | |
| PHLOROGLUCINOL | PHLOROGLUCINOL 80 mg ARROW, cpr orodispersible (Générique du Spasfon®) |  | | Générique du spasfon® | | | | A dissoudre dans un verre d'eau ou à laisser fondre <u>sous</u> la langue |
| TRIMEBUTINE | TRIMEBUTINE 100 mg ARROW GENERIQUES, cpr (Générique du Débridat®) |  |  | SMR faible Si nécessaire, une forme en sachet, granulés pour suspension buvable, du Débridat® existe | | | | |
| ANTI-DIARRHEIQUES | | | | | | | | |
| DIOSMECTITE | SMECTA ORANGE VANILLE® 3 & pdr pr susp buv, sachet | |  | A prescrire si une hydratation adaptée seule ne suffit pas | Diminution de l'absorption des autres médicaments | | | A prendre à distance des autres médicaments (2h) |
| RACECADOTRIL | RACECADOTRIL 100 mg BGR, gélule |  | | A prescrire si une hydratation adaptée seule ne suffit pas à réévaluer fréquemment Durée de traitement : 7 jours maximum | Association déconseillée avec les IEC car majeure le risque d'œdème de Quincke | | | Goût désagréable Prise de préférence avant le repas Administration possible de la gélule ouverte dans une compote ou un yaourt |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|--|---|---|--|---------------------------------|--------------------------|---|
| LAXATIFS | | | | | | | | |
| ASSOCIATIONS | NORMACOLLAVEMENT®, ad, sol rect, récipient unitdose 130 mL | |  | Traitement de dernier recours de la constipation, après échec des mesures hygiéno-diététiques, des laxatifs osmotiques et des laxatifs basés sur la production de gaz (ex : eductyl®) La répétition des lavements comporte un risque de perforation colique | Médicament hypokaliémiant: surveillance particulière si co-administration : - d'un autre médicament hypokaliémiant - de digitaliques - de médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe | | | Administration 5 à 20 min avant l'exonération Cesser l'administration immédiatement en cas d'apparition d'une résistance Ne pas forcer l'introduction car cela peut entraîner des lésions locales |
| GLYCEROL | SUPPOSITOIRE A LA GLYCERINE GILBERT, ad, suppo | |  | Réservé à la rééducation périnéale ; pas en première intention, ne remplace pas les règles hygiéno-diététiques | | | | |
| LACTULOSE | DUPHALAC® 10 g, sol buv, sachet 15 mL |  | | Privilégier les mesures hygiéno-diététiques Prescription de courte durée ; à réévaluer fréquemment (peut occasionner diarrhée, ballonnements ou douleurs abdominales) Lors de la réévaluation du traitement, considérer l'indication dans l'encéphalopathie hépatique Alternatives : Il existe d'autres laxatifs osmotiques aromatisés : un goût différent pouvant faciliter l'administration au patient (cf MOVICOL®) | Contient du lactulose : la posologie élevée dans l'encéphalopathie hépatique est à prendre en considération chez les patients diabétiques | | | Doit être dissous dans l'eau ou dans une boisson Une bonne hydratation est nécessaire durant le traitement |
| MEDICAMENTS PRODUISANT DE L'ANHYDRIDE CARBONIQUE | EDUCTYL®, ad, suppo | |  | Réservé à la rééducation périnéale ; pas en première intention, ne remplace pas les règles hygiéno-diététiques | | | | |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| MACROGOL | MACROGOL 4000, 10 g VIA TRIS, pdr pr sol buv, sachet |  | | Privilégier les mesures hygiéno-diététiques Prescription de courte de durée ; à réévaluer fréquemment Alternatives : Il existe d'autres laxatifs osmotiques aromatisés : un goût différent pouvant faciliter l'administration au patient (cf MOVICOL®) | Interaction avec les épaississants alimentaires à base d'amidon liquéfaction des préparations, vigilance lors de la prise chez les patients atteints de troubles de la déglutition | | | 1 prise le matin dans un verre d'eau |
| MACROGOL EN ASSOCIATION | MOVICOL, pdr pr sol buv, sachet |  | | Privilégier les mesures hygiéno-diététiques Prescription de courte durée ; à réévaluer fréquemment Alternatives : Il existe d'autres laxatifs osmotiques aromatisés : un goût différent pouvant faciliter l'administration au patient (cf Macrogol hors association) | Interaction avec les épaississants alimentaires à base d'amidon liquéfaction des préparations, vigilance lors de la prise chez les patients atteints de troubles de la déglutition | | | 1 prise le matin dans un verre d'eau |
| ANTI-INFECTIEUX INTESTINAUX | | | | | | | | |
| AMPHOTERICINE B | FUNGIZONE 10%, susp buv, flac 40 mL | | | 1 ml = 100 mg Conservation après ouverture : 10 jours à température ambiante | | | | Ne pas mélanger avec les bicarbonates ; les 2 bains de bouche doivent être faits séparément Bien agiter avant emploi |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|---|--|--|------------------------------------|-----------------------------|---|
| SUPPLEMENTATION (POTASSIUM,CALCIUM, VITAMINE ETC ...) | | | | | | | | |
| NICOTINAMIDE | NICOBION® 500 mg, cpr |  | | Goût amer Non remboursé SS | | | | Avaler sans croquer avec un peu d'eau |
| PYRIDOXINE (VIT B6) | BECLIAN® 250 mg, cpr séc |  | | Non remboursé SS | Lévodopa : inhibition de l'activité de la lévodopa lorsqu'elle est utilisée sans inhibiteur de la dopadécarboxylase périphérique Éviter tout apport de pyridoxine en l'absence d'inhibiteur de la dopadécarboxylase | | | Avaler sans croquer avec un peu d'eau |
| CALCIUM CARBONATE | CALCIDOSE 500, pdr. pr. susp buv, sachet | |  | L'intérêt de la prescription doit être évalué au regard des apports de l'alimentation Association avec la vitamine D indispensable | Diminution de l'absorption de certains médicaments notamment les biphosphonates, le fer, cyclines, inhibiteurs d'intégrases et les hormones thyroïdiennes | | | Prendre à distance (si possible 2h) des biphosphonates, du fer (voie orale), des cyclines, inhibiteurs d'intégrases et des hormones thyroïdiennes |
| CALCIUM EN ASSOCIATION AVEC VIT D ET/OU D'AUTRES SUBSTANCES | CALCIDOSE VIT D3®, 500 mg/400 iu, pdr. pr. sol buv, sachet | | | Association à privilégier à une prescription d'ampoule buvable de vitamine D pour faciliter l'organisation des soins en EHPAD (risque d'oubli de l'administration mensuelle) Attention : en cas d'intolérance (digestive notamment) entraînant l'interruption du traitement, la vitamine D en ampoule buvable doit être prescrite Cf Fiche Omédit CVL | Diminution de l'absorption de certains médicaments notamment les biphosphonates, le fer et les hormones thyroïdiennes | | | Prendre à distance (si possible 2h) des biphosphonates, du fer (voie orale), des cyclines, inhibiteurs d'intégrases et des hormones thyroïdiennes |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| POTASSIUM CHLORURE | DIFU [®] 600 mg, gélule |  | | Risque d'ulcération de l'estomac en cas d'écrasement Alternative : Potassium sirop | | | | Le contenu de la gélule doit être administré sans être écrasé ou mâché |
| CHOLECALCIFEROL | ZYMAD [®] 50 000 Iu, sol buv, amp 2 mL | | | Doit être impérativement prescrit en cas d'arrêt d'une prescription de calcium Vit D3 pour cause d'intolérance Cf Fiche Omédit CVL | | | | |
| ASCORBIQUE ACIDE (VIT C) | VIT C 500 mg ARROW, cpr à croquer |  | | La forme effervescente est possible uniquement chez les patients en cas d'absence de risque cardio-vasculaire du fait de l'apport en sel induit par la consommation de médicaments effervescents Non remboursé SS | | | | |
| VITAMINE B1 EN ASSOCIATION A LA VITAMINE B6 ET,OU A LA VITAMINE B12 | PRINCI B [®] , cpr |  | | Lors de la réévaluation, considérer la prise en charge post addiction Non remboursé SS | | | | Avaler les comprimés avec un peu d'eau |
| MAGNESIUM PIDOLATE | MAG 2 [®] , pdr pr sol buv, sachet (184 mg) |  | | En cas d'intolérance digestive, la dose peut être réduite Alternative : Ampoule buvable Non remboursé SS | | | | Dissoudre les sachets dans un grand verre d'eau A prendre avant ou pendant le repas |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|---|---|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| XEROSTOMIE ET SOINS DE BOUCHE | | | | | | | | |
| ANETHOLE TRITHIONE | SULFARLEM® 5.25 mg, cpr |  |  | Privilégier l'hydratation et l'hygiène bucco-dentaire Si ces mesures sont insuffisantes, proposer préférentiellement l'Artisial® | | Pas de données | | A prendre durant le repas |
| CHLORHEXIDINE | ELUDRIL® 0,5 mL/0,5 g/100 mL, sol pr bain de bûche, flac 90 mL | | | Substitution possible par du PAROEX® | | | | |
| DIVERS | ARTISIAL®, sol pr pulv buccale, flac 100 mL | | | Privilégier l'hydratation et l'hygiène bucco-dentaire Préférable au Sulfarlem® car favorise la réhydratation "naturelle" des patients | | | | Tenir le flacon bien verticalement lors de la pulvérisation, diffuseur en haut et dirigé vers l'intérieur de la bouche |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|


Classe ATC B : SANG ET ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES



Les MPI devant être évités chez les personnes âgées de 75 ans et plus¹, concernant la classe ATC B (SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES) :

- La **fluidione (Préviscan®)** expose les patients à un risque immuno-allergique. Son utilisation est restreinte au seul renouvellement des patients bien équilibrés. La warfarine est le seul AVK indiqué en initiation chez le sujet âgé. Si possible, envisager un switch de la fluidione par la warfarine ou un AOD;
- Le **fondaparinux (Arixtra®)** expose les patients âgés à un surrisque de saignement.



¹ répertoriés dans la liste de Laroche ML version 2021, le guide PAPA 2022 et/ou la liste des médicaments à éviter de Prescrire.

ANTICOAGULANTS ORAUX D'ACTION DIRECTE (AOD)



| | | | | | | | |
|-----------------|------------------------|---|--|--|--|--|---|
| APIXABAN | ELIQUIS 2,5 mg, cpr |  | | <p>Médicament induisant un risque hémorragique (anti-Xa) à tracer dans le dossier-patient. Les équipes doivent être sensibilisées à ce risque en cas de chute</p> <p>Posologie selon indication, se référer au RCP</p> <p>Vigilance : S'assurer des compétences du patient à gérer son traitement si applicable</p> <p>Contre-indication en cas d'insuffisance hépatique sévère exposant à un risque hémorragique (IH attestée chez le patient cirrhotique par le score de Child-Pugh C)</p> <p>Utilisation avec précaution chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée (Child-Pugh A ou B)</p> <p>Autre dosage : 5 mg</p> | <p>Substrat du CYP3A4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - association avec un inhibiteur : risque hémorragique - association avec un inducteur : risque de thrombose <p>Association contre-indiquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autres traitements anticoagulants (héparine, AVK) hors situation spécifique de relais - Inducteurs enzymatiques puissants (ex: millepertuis) <p>Association déconseillée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inhibiteurs du CYP3A4 (inhibiteurs de protéase du VIH) | <p>IR et AOD : Contrôle de la clairance rénale tous les 3 mois (si <30 ml/min : tous les 2 mois) (reco. GT LTG)</p> <p>Dans l'indication prévention de la récurrence ou traitement de la TVP ou de l'EP : Pas d'adaptation nécessaire</p> <p>En cas d'IR associée à un traitement pour TVP/EP, vigilance renforcée</p> <p>Non recommandé si DFG < 15 ml/min</p> <p>Dans la FA, diminution des doses à 2,5 mg 2 fois par jour si deux critères parmi 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créatininémie > 133 mmol / L - Age > 80 ans - Poids < 60kg <p>Contre-indication si DFG < 15 ml/min</p> | <p>A prendre avec de l'eau pendant ou en dehors des repas. Toujours à la même heure</p> <p>En cas d'écrasement : administration immédiate, soit en suspension dans un liquide (eau, glucose, jus de pomme) ou dans une compote</p> <p>Peut être administré par sonde nasogastrique, après mise en suspension dans 60 ml d'eau ou de glucose</p> |
|-----------------|------------------------|---|--|--|--|--|---|

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---|-----------|---|--|--|-----------------------------|---|
| RIVAROXABAN | XARELTO 15 mg, cpr |  | | <p>Médicament induisant un risque hémorragique (anti-Xa) à tracer dans le dossier-patient. Les équipes doivent être sensibilisées à ce risque en cas de chute</p> <p>Vigilance : Risque de moindre efficacité si administration à jeun du médicament à 15 ou 20 mg La prise d'aliment favorise l'absorption requise et garantit une forte biodisponibilité</p> <p>Autres dosages : 10 mg ou 20 mg</p> | <p>Substrat du CYP3A4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - association avec un inhibiteur : risque hémorragique - association avec un inducteur : risque de thrombose <p>Contre-indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autres traitements anticoagulants (héparine, AVK) hors situation spécifique de relais <p>Association déconseillée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inhibiteurs du CYP3A4 (inhibiteurs de protéase du VIH) - inducteurs enzymatiques (ex: millepertuis) | <p>DFG < 15 ml/min : Utilisation non recommandée</p> <p>Adaptation nécessaire pour DFG selon Cockcroft entre 15 ≤ DFG ≤ 50 ml/min</p> <p>Pour les patients âgés de 75 à 80 ans, posologie adaptée après l'évaluation individuelle du risque thromboembolique et du risque de saignement</p> | | <p>A prendre pendant un repas, avec un grand verre d'eau (Le dosage à 10 mg peut être pris en dehors des repas) L'administration des comprimés pelliculés écrasés de 15 mg ou 20 mg de Xarelto doit être immédiatement suivie par une prise d'aliments</p> <p>Oubli d'une prise : NE PAS doubler de dose!</p> <p>En cas de vomissement : si dans les 2h après la prise, réitérer la prise</p> |
| ANTIVITAMINES K | | | | | | | | |
| WARFARINE | COUMADINE 2 mg, cpr séc |  | | <p>Marge thérapeutique étroite</p> <p>Médicament induisant un risque hémorragique à tracer dans le dossier-patient. Les équipes doivent être sensibilisées à ce risque en cas de chute</p> <p>Privilégier l'utilisation des AOD La warfarine est le seul AVK pouvant être initié chez le sujet âgé</p> <p>Se référer au protocole SIGURET (annexe) : introduction de la warfarine chez le sujet de plus de 75 ans</p> | <p>Fort métabolisme hépatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> *Association à un inhibiteur (ex:inhibiteur de protéase, amiodarone etc. ...) : risque de surdosage *Association à un inducteur : risque de sous-dosage (ex:Millepertuis) <p>Antibiotique : Déséquilibre fréquent avec antibiotique notamment amoxicilline</p> <p>Contre-indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspirine à dose antalgique et anti-inflammatoire et/ou en cas d'antécédent d'ulcère - Miconazole, y compris en gel buccal - Millepertuis | <p>Posologie d'adaptation individuelle, selon INR</p> | CIA 1 / ACB 1 | <p>A prendre à heure fixe, de préférence le soir Si écrasement, à solubiliser dans un verre d'eau</p> <p>"En cas de prescription comportant des 1/4 ou 1/2 cp, ceux-ci doivent être découpés avec précision. Il subsiste une imprécision sur le dosage, les restes de comprimés découpés doivent être jetés" (<i>livret Geriamed OMÉDIT PC 2016</i>)</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---------|-----------|---|--|---|--------------------------|---|
| HEPARINES ET DERIVÉS | | | | | | | | |
| ENOXAPARINE | LOVENOX 4 000 UI antiXa/0,4 mL, sol inj, srg | | | <p>Médicament induisant un risque hémorragique à tracer dans le dossier patient. Les équipes doivent être sensibilisées à ce risque en cas de chute</p> <p>Posologie adaptée au poids et surveillance de l'activité antiXa chez le sujet âgé à risque (J2 puis toutes les semaines en curatif > 10jrs) : insuffisant rénal, faible poids, antécédant d'accident hémorragique...</p> <p>Utilisation avec précaution chez les patients présentant des poids extrêmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en situation de sous poids, risque hémorragique - en situation d'obésité, risque thromboembolique | <p>Association déconseillée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicaments entraînant un risque hémorragique <p>Si l'association est nécessaire, renforcement de la surveillance du risque hémorragique</p> | <p>Calcul selon la formule de Cockcroft-Gault chez le patient > 75 ans 30 < DFG < 60 ml/min :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préventif : pas d'adaptation nécessaire - Curatif : nécessite une vigilance renforcée <p>DFG < 30 ml/min :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préventif : non recommandé, préférer HNF - Curatif : Contre-indication | | <p>Pas d'injection en intramusculaire</p> <p>Injection sous cutanée profonde à réaliser sur un patient allongé dans la paroi abdominale antérolatérale ou postérolatérale alternativement à droite ou à gauche</p> <p>Seringue préremplie : pas de purge d'air nécessaire, risque de perte de médicament</p> |
| HEPARINE | CALCIPARINE 5 000 UI/0,2 mL, sol inj, SC, srg | | | <p>Utilisation en cas d'insuffisance rénale sévère</p> <p>Médicament induisant un risque hémorragique à tracer dans le dossier patient. Les équipes doivent être sensibilisées à ce risque en cas de chute</p> <p><u>En curatif</u> : Dose en UI /kg à répartir en 2 ou 3 prises par jour Objectif, volume à injecter <0,6 ml par prise</p> <p>Surveillance : numération plaquettaire deux à trois fois par semaine du 4ème au 14ème jour de traitement, puis une fois par semaine pendant un mois si le traitement par l'héparine est poursuivi</p> <p>Vigilance : En cas d'événement thrombotique, la TIH doit être évoquée et entraîner une numération plaquettaire</p> | <p>Association déconseillée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicaments entraînant un risque hémorragique <p>Si l'association est nécessaire, renforcement de la surveillance du risque hémorragique</p> <p>Précaution d'emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicaments augmentant la kaliémie (IEC, ARA II, ARM) | Pas d'adaptation nécessaire | | <p>Pas d'injection en intramusculaire</p> <p>Injection sous cutanée profonde à réaliser sur un patient allongé dans la paroi abdominale antérolatérale ou postérolatérale alternativement à droite ou à gauche</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|-----------|---|---|---------------------------------|--------------------------|---|
| ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTES | | | | | | | | |
| ACETYLSALICYLIQUE ACIDE | KARDEGIC 75 mg, pdr. pr. sol. buv., sachet |  | | <p>Pas d'indication en prévention primaire</p> <p>Médicament induisant un risque hémorragique à tracer dans le dossier patient Les équipes doivent être sensibilisées à ce risque en cas de chute</p> <p>Réévaluation systématique de la poursuite lors de l'introduction d'une anticoagulation curative ou dans la FA (avis cardiologique nécessaire, car les indications de l'association Kardegic® /AOD ou AVK sont très limitées)</p> <p>Alternative : Resitune® LP 75 et 100</p> | <p>Association déconseillée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicaments entraînant un risque hémorragique <p>Si l'association est nécessaire, renforcement de la surveillance du risque hémorragique</p> | Pas d'adaptation nécessaire | | <p>Dissoudre le contenu du sachet dans un grand verre d'eau</p> <p>Remarque : la taille du Résitune® permet une administration même en cas de difficultés à avaler. Le Résitune® n'est pas écrasable</p> |
| CLOPIDOGREL | CLOPIDOGREL 75 mg ARROW, cpr |  | | <p>En association ou en alternative au Kardégic®</p> <p>Médicament induisant un risque hémorragique à tracer dans le dossier patient; les équipes doivent être sensibilisées à ce risque en cas de chute</p> | <p>Association déconseillée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicaments entraînant un risque hémorragique <p>Si l'association est nécessaire, renforcement de la surveillance du risque hémorragique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oméprazole et ésoméprazole du fait de l'inhibition du CYP2C19: risque de perte d'efficacité du clopidogrel => Préférer pantoprazole | Pas d'adaptation nécessaire | | <p>Prise à heure fixe, au cours ou en dehors d'un repas</p> <p>Photosensible et goût amer</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---------|-----------|--|--|---|--------------------------|---|
| ANTI-FIBRINOLYTIQUES | | | | | | | | |
| TRANEXAMIQUE ACIDE | EXACYL 1g, sol buv, amp 10 mL | | | Vigilance : risque d'embolie vasculaire et d' AVC ischémique | Administration prudente avec tout médicament agissant sur l'hémostase | DFG < 90ml/min : 15 mg/kg 2 fois/jour 30 ≤ DFG < 60 ml/min : 15 mg/kg 1 fois/jour 15 ≤ DFG < 30 ml/min : 7,5 mg/kg 1 fois par jour DFG < 15 ml/min : 10 mg/kg toutes les 48h | | |
| SOLUTÉS POUR PERFUSION | | | | | | | | |
| SODIUM CHLORURE | SODIUM CHLORURE 0.9% B BRAUN, sol pr perf, poche 500 mL ECOFLAC | | | Poche de 500 mL ou 1 L pour les hypodermoclyses | | | | Cf protocole OMÉDIT CVL pour hypodermoclyse Disponible sur le site internet de l'OMÉDIT CVL ou en cliquant ici |
| SODIUM CHLORURE | SODIUM CHLORURE 10% sol à diluer pr perf, amp 10 mL PROAMP | | | Remarque : éviter de multiplier les concentrations d'ampoules disponibles afin de minimiser le risque de confusion | | | | |
| VITAMINES ET SUPPLEMENTATIONS | | | | | | | | |
| CYANOCOBALAMINE | VIT B12, 1 000 µg/2 mL DELAGRANGE, sol inj ou buv, IM, amp | | | Buvable ou injectable Contre-indication en cas de tumeurs malignes En cas de carence, prise per os pendant 3 semaines. Si persistance de la carence, déficit d'absorption devant être exploré Vigilance : risque d'hypokaliémie lors du traitement de l'anémie mégaloblastique. Surveillance dans les 2 premiers jours de traitement Si défaut d'absorption voie IM uniquement | Un traitement par IPP ou antisécrétoire au long cours est susceptible d'entraîner un déficit en vitamine B12 | Pas d'adaptation nécessaire | | par voie IM ou orale. Voie Orale : Administration à distance des repas Verser le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|-----------|---|---|---------------------------------|--------------------------|--|
| FOLIQUE ACIDE | ACIDE FOLIQUE 5 mg VIATRIS, cpr |  | | Ne pas prescrire le dosage => Acide folique 0,5 mg ; inadapté à la prise en charge des carences chez le sujet âgé | Interaction avec le cotrimoxazole et la sulfadiazine; interférence avec le métabolisme de l'acide folique | Pas d'adaptation nécessaire | | |
| PHYTOMENADIONE | VIT K1, 10 mg/1 mL CHEPLAPHARM, sol inj ou buv, amp | | | En cas de surdosage avec un AVK en l'absence d'hémorragie grave : - INR cible entre 2 et 3 - 6<INR< 10 : 1 à 2 mg voie orale - INR > 10 : 5 mg voie orale - INR cible > 3 : avis spécialisé si surdosage. Autre dosage : 2 mg/0,2 ml | Résistance temporaire aux AVK possible suite à l'absorption de quantités importantes de Vitamine K | Pas d'adaptation nécessaire | | Voie orale |
| SULFATE FERREUX | TARDYFERON 80 mg, cpr |  | | La forme tardyferon B9 est indiquée pour la femme enceinte; pas chez le SA Prévenir le patient de la coloration noire des selles et du risque de mauvaises tolérance digestive (nausées, diarrhées, constipation) Alternative : Ferrostrane® (fer buvable) ou fer IV (en cas d'inefficacité du traitement <i>per os</i> - <i>réserve hospitalière</i>) | Diminution de l'absorption avec notamment : - les biphosphonates - le calcium - la lévodopa | Pas d'adaptation nécessaire | | Prise avant ou 2h après le repas sans thé ou café Prendre à distance de 2h des autres médicaments Si intolérance digestive, prise au moment du repas |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---------------------------------------|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
|---|---------------------------------------|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|

CLASSE ATC C : SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE



Les MPI devant être évités chez les personnes de 75 ans et plus¹, concernant la classe ATC C (SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE) :




- Les **inhibiteurs calciques à effet inotrope négatif** (diltiazem, vérapamil) sont à éviter dans le traitement de l'insuffisance cardiaque à fonction systolique (FEVG) altérée.
- Les **anti-arythmiques de classe Ic (flécaïne®)** sont proscrits en cas d'insuffisance cardiaque ou de cardiopathie ischémique
- Les **inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate** (nifédipine, nicardipine (ex : LOXEN 20mg) peuvent provoquer des hypotensions orthostatiques et des accidents coronaires ou cérébraux.
- Le **nicorandil (Ikorel®)** est associé à un risque d'ulcération cutanéomuqueuse et n'a pas d'efficacité démontrée.
- La **trimétazidine (Vastarel®)** expose les patients à des syndromes parkinsoniens, des hallucinations et des thrombopénies.
- L'**ivabradine (Procoralan®)** expose à des troubles visuels, à des infarctus du myocarde, et des bradycardies parfois sévères sans apporter d'amélioration de la prise en charge.
- L'**heptaminol** n'est pas recommandé chez la personne âgée.
- Les **alpha-bloquants à visée cardiologique** comme l'urapidil (Eupressyl®, Mediatensyl®) et la prazosine (Minipress®, Alpress®) aggravent ou provoquent une incontinence urinaire et des hypotensions orthostatiques. Ces molécules peuvent être prescrites par les spécialistes, dans un contexte d'insuffisance rénale très sévère.
- Les **anti-hypertenseurs d'action centrale** (rilménidine, Hypérium®) exposent les patients à un risque majoré d'hypotension orthostatique et de chute, vertige, troubles du sommeil et incontinence urinaire.
- Les **statines** ne sont pas recommandées en **prévention primaire** instaurée chez les sujets de plus de 75 ans en absence de preuve sur la réduction de la mortalité et exposent à des effets indésirables importants notamment musculo-squelettiques.
- Les **dérivés nitrés (trinitrine, Trinipatch®, Nitriderm®)** exposent à une majoration du risque d'hypotension orthostatique avec risque de chute en particulier chez les personnes sujettes à des hypotensions orthostatiques et traitées par des antihypertenseurs.




La majorité des **anti-hypertenseurs** exposent à un risque d'hypotension orthostatique et donc un risque de chute ; pas d'indication à l'association ARAII/IEC.



¹répertoriés dans la liste de Laroche ML version 2021, le guide PAPA 2022 et/ou la liste des médicaments à éviter de Prescrire.



ANTIARYTHMIQUES



| | | | | | | | | |
|-------------------|--|---|---|--|---|---------------------------------------|--|------------------------|
| AMIODARONE | AMIODARONE 200 mg, cpr séc (Cordarone®) |  |  | <p>Traitement d'attaque de 8 -10 jours à 600 mg/jour (avis spécialisé) puis Recherche de la dose minimale efficace</p> <p>Mettre en place une prescription avec fenêtre thérapeutique: 5 jours de prise sur 7 jours (ex : sauf samedi/dimanche), pour limiter les risques de dysthyroïdie (par accumulation, patient dépendant)</p> <p>Surveillance : ECG et thyroïde (TSH tous les 6 à 12 mois y compris l'année qui suit l'arrêt du traitement) Si FA malgré amlodarone ==> Avis cardiologue recommandé, car risque inefficacité mais exposition aux EI Vigilance : Photosensibilisant</p> <p>Longue durée d'action (observée jusqu'à plusieurs mois après l'arrêt)</p> | <p>Contre-indication avec les médicaments torsadogènes notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le sotalol - le citalopram/ escitalopram - la dompéridone, etc... <p>IAM avec AVK (adaptation de la posologie de l'AVK sous amiodarone et jusqu'à 8 jours après son arrêt) et médicaments bradycardisants (ex : digoxine) IAM avec AOD : risque de majoration du risque hémorragique</p> <p>Amiodarone (et/ou son métabolite) = inhibiteur enzymatique (CYP1A, 1A2, 3A4, 2C9, 2D6 et P-gp)</p> | Pas d'adaptation à la fonction rénale | | Peu soluble dans l'eau |
|-------------------|--|---|---|--|---|---------------------------------------|--|------------------------|





| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|-----------|--|--|--|--------------------------|---|
| BETABLOQUANTS | | | | | | | | |
| ACEBUTOLOL | ACEBUTOLOL 200 mg ARROW LAB, cpr séc |  | | <p>Cardio-sélectif avec ASI</p> <p>Chez le sujet âgé, initiation aux doses les plus faibles possibles avec une surveillance étroite</p> <p>Alternative : solution buvable 40 mg/ml (1 mL contient 40 mg) - conservation 30 jours après ouverture</p> <p>Vigilance : Solution buvable chez SA (risque de surdosage par mésusage)</p> | | DFG < 30 ml/ min posologie maximale de 400mg/24h | | |
| ATENOLOL | ATENOLOL 50 mg ARROW, cpr séc (Tenormine®) |  | | <p>Peu cardio-sélectif, sans ASI</p> <p>Pas en première intention dans l'HTA. Indication dans l'insuffisance cardiaque =>FEVG réduite : association Bêtabloquant/ IEC ou ARA2 ou Entresto®/ ARM (ex : spironolactone) /et ISGLT2</p> <p>Chez le sujet âgé, initiation aux doses les plus faibles possibles avec une titration en fonction de la réponse clinique</p> <p>Autre dosage disponible : 100 mg cp</p> | <p>Contre-indication : vérapamil et diltiazem</p> <p>A prendre en compte le risque hypoglycémie chez SA et prise bêtabloquant (surtout non sélectif) : risque masquer certains symptômes de l'hypoglycémie (retard diagnostic)</p> | <p>Clcr ≥ 35 ml/min : 2 x 50 mg/j en 1 prise</p> <p>15 ml/min < Clcr <35 ml/min : 1 x 50 mg/jour</p> <p>Clcr < 15 ml/min : 1 x 25 mg/j soit 1/2 cp de 50 mg/jour ou 50mg tous les 2 jours</p> | CIA1 / ACB1 | <p>A prendre avec un grand verre d'eau avant le repas</p> <p>En cas d'écrasement, médicament soluble dans un verre d'eau, administration immédiate.</p> <p>Goût amer.</p> |
| BISOPROLOL | BISOPROLOL 1,25 mg QUIVER, cpr |  | | <p>Cardio-sélectif sans ASI</p> <p>Pas en première intention dans l'HTA. Indication dans l'insuffisance cardiaque =>FEVG réduite : association Bêtabloquant/ IEC ou ARA2 ou Entresto®/ ARM (ex : spironolactone) /et ISGLT2</p> <p>Objectif de prescription : atteindre la dose maximale tolérée.</p> <p>Autres dosages disponibles : 2,5 mg, 3,75 mg, 5 mg, 10 mg</p> | <p>Association déconseillée : vérapamil, diltiazem et tous les médicaments bradycardisants</p> | <p>Demi-vie d'élimination doublée chez l'IR dont le DFG < 30 ml/min : Titration progressive et prudente jusqu'à dose maximale tolérée</p> <p>Si Clcr < 30 ml/min : il est recommandé de ne pas dépasser 10 mg/jour</p> | | <p>A prendre le matin, avant ou après le repas avec un peu de liquide</p> <p>Les comprimés ne doivent pas être mâchés</p> <p>Goût amer</p> |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--------------------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|---|
| CELIPROLOL | CELIPROLOL 200 mg ARROW, cpr |  | | <p>Cardio-sélectif avec ASI Pas en première intention dans l'HTA</p> <p>Pas d'indication dans l'insuffisance cardiaque</p> <p>Surveillance du rythme cardiaque renforcée : contre-indication si apparition d'une bradycardie sévère (< 50batt/min au repos)</p> | <p>L'association à d'autres médicaments bradycardisants (amiodarone, sotalol) notamment antiarythmiques nécessite une surveillance renforcée</p> <p>Association déconseillée : vérapamil et diltiazem</p> | <p>Adaptation posologique : si DFG < 40 ml/min. Initiation non recommandée : si DFG < 15 ml/min</p> | | <p>De préférence le matin, à jeun, avec un liquide: 30 min avant le repas ou 2 h après</p> <p>Ecrasement possible , UNIQUEMENT si administration par sonde nasogastrique car ne doit pas être en contact avec la muqueuse buccale</p> |
| METOPROLOL | METOPROLOL 100 mg ARROW LAB, cpr séc |  |  | <p>Cardio-sélectif sans ASI</p> <p>Indication dans l'insuffisance cardiaque (FEVG réduite : association Bêta-bloquant/ IEC ou ARA2 ou Entresto®/ ARM (ex : spironolactone) /et ISGLT2)</p> <p>Pas en première intention dans l'HTA</p> <p>Vigilance renforcée chez le sujet âgé du fait de risque accru d'hypotension et de bradycardie</p> <p>Objectif de prescription : atteindre la dose maximale tolérée</p> <p>Autre dosage disponible LI (libération immédiate) : 50 mg</p> <p>Forme à libération prolongée (LP) disponible (23,75mg; 95mg; 190mg; 200mg) - NON écrasable</p> | <p>Substrat CYP2D6 Augmentation des concentrations si prise concomitante avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les antiarythmiques (ex: l'amiodarone) - les antidépresseurs torsadogènes (ex : venlafaxine, citalopram) <p>Association déconseillée : vérapamil et diltiazem</p> <p>A prendre en compte le risque hypoglycémie chez SA et prise bêtabloquant (surtout non sélectif) : risque masquer certains symptômes de l'hypoglycémie (retard diagnostic)</p> | <p>Pas d'adaptation nécessaire à la fonction rénale</p> | CIA1 / ACB1 | <p>A prendre pendant ou en fin de repas, toujours au même moment ; la prise alimentaire augmentant la biodisponibilité du métoprolol (+ 40%)</p> |




| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|-----------|---|--|--|--------------------------|--|
| NEBIVOLOL | NEBIVOLOL 5 mg SANDOZ, cpr quadriséc |  | | <p>Cardioselectif sans ASI</p> <p>Pas en première intention dans l'HTA</p> <p>Indication dans l'insuffisance cardiaque (FEVG réduite : association Bêta-bloquant/ IEC ou ARA2 ou Entresto®/ ARM (ex : spironolactone) /et ISGLT2)</p> <p>Objectif de prescription : atteindre la dose maximale tolérée</p> <p>Comprimé quadrisécable permettant d'avoir un seul dosage ; le découpage de la dose doit se faire immédiatement avant l'administration afin de garantir l'identité du médicament administré</p> | <p>Substrat CYP2D6</p> <p>Augmentation des concentrations si prise concomitante avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les antiarythmiques (ex: l'amiodarone) - les antidépresseurs (ex : la fluoxétine) <p>Association déconseillée : vérapamil et diltiazem</p> | DFG < 60 ml/min, initiation à 2,5 mg/jour et augmentation progressive selon l'efficacité et la tolérance | | Administration pendant ou hors des repas |
| PROPRANOLOL | PROPRANOLOL 40 mg TEVA, cpr séc |  | | <p>Non cardio-selectif</p> <p>Utilisations limitées dans le tremblement essentiel (HORS CARDIOLOGIE) et les varices œsophagiennes (formes LP)</p> <p>Biodisponibilité faible (1er passage hépatique) et demi-vie courte (3 à 6h)</p> | Association déconseillée : vérapamil et diltiazem | Pas d'adaptation nécessaire | | |





| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---------------------------------------|---|---|--|---|---|-----------------------------|---|
| SOTALOL | SOTALOL 80 mg ARROW LAB, cpr séc |  |  | <p>Non Cardio-sélectif</p> <p>Indication très limitée (<u>Avis HAS 16/09/2020</u>). Pas d'indication dans l'hypertension ou l'insuffisance cardiaque Prescription initiale réservée aux cardiologues</p> <p>Propriétés antiarythmiques (antiarythmique de classe III)</p> <p>Le traitement sera initié à la dose la plus faible, associé à une surveillance étroite</p> <p>Pas de bêta-bloquants non cardiosélectifs chez le sujet avec BPCO</p> | <p>Contre-indication avec les médicaments torsadogènes notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'amiodarone - le citalopram/ escitalopram - la dompéridone - spiramycine - hydroxyzine <p>Déconseillé avec les neuroleptiques torsadogènes</p> <p>A prendre en compte le risque hypoglycémie chez SA et prise bêtabloquant (surtout non sélectif) : risque masquer certains symptômes de l'hypoglycémie (retard diagnostic)</p> | <p>Clcr > 60 ml/min : dose usuelle</p> <p>Clcr < 60 ml/min : demi-dose</p> <p>Clcr < 30 ml/min : quart de dose</p> <p>Clcr < 10 ml/min : contre-indiqué</p> | | <p>Prise de préférence le matin</p> <p>Soluble dans l'eau</p> |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---------------------------------------|---|---|--|--|--|--------------------------|--|
| STIMULANTS CARDIAQUES | | | | | | | | |
| DIGOXINE | HEMIGOXINE 0,125 mg NATIVELLE, cpr |  |  | <p>Unique indication : Fibrillation Atriale (FA)</p> <p>Médicament à marge thérapeutique étroite</p> <p>Utilisation réservée à l'absence d'alternative thérapeutique, avec une réévaluation régulière de la balance bénéfice/risque et une adaptation de la posologie selon le DFG</p> <p>Dose moyenne recommandée maximale : 0,125 mg/j (pour minimiser le risque d'EI)</p> <p>Les personnes âgées sont plus sensibles à l'action de la digoxine</p> <p>La recherche des signes de surdosage doit être systématique et régulière chez le sujet âgé au travers des signes cliniques en priorité (signes digestifs (N,V), cardiaques, dyschromatopsie ...) et au travers de la digoxinémie (objectif : tendre vers la fourchette basse, sans jamais dépasser 1,2 ng/mL, car inapproprié chez SA)</p> <p>En cas d'hypoprotidémie/dénutrition, un surdosage peut être diagnostiqué sur les seuls signes cliniques (digoxinémie "normale")</p> <p>Alternative : solution buvable en gouttes 5 µg/0,1 ml</p> <p>Vigilance : Solution buvable chez SA (risque de surdosage par mésusage)</p> | <p>Contre-indication : calcium (IV), millepertuis, sultopride, midodrine</p> <p>Vigilance particulière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour tout médicament pouvant être bradycardisant (ex : amiodarone) - tout médicament pouvant donner des torsades de pointe (ex : antiarythmiques (ex : amiodarone), neuroleptiques, citalopram, escitalopram) <p>Substrat de la P-gP (glycoprotéine P):</p> <ul style="list-style-type: none"> - interaction à risque de surdosage : amiodarone, paroxétine, vérapamil . - interaction à risque de sous-dosage : carbamazépine | <p>Vigilance : DFG <30 ml/min : risque important de surdosage</p> <p>Surveillances clinique et biologique renforcées</p> | CIA1 / ACB1 | <p>A avaler avec un peu d'eau</p> <p>Goût amer</p> |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|---|
| MIDODRINE | MIDODRINE 2,5 mg ARROW, cpr |  |  | Indication limitée aux maladies neurologiques dégénératives avec une dysautonomie avérée. Pas en 1ère intention Nombreuses contre-indications dans la population âgée : cardiopathie sévère, angor, HTA non contrôlée, troubles sphinctériens d'origine prostatique, insuffisance rénale sévère Recherche de la dose minimale efficace | Inhibiteur du CYP 2D6, interaction avec notamment l'amiodarone et le métoclopramide (risque de surdosage) Risque de bradycardie sévère si association avec un bêta-bloquant, l'amiodarone, le sotalol, ou la digoxine Ne jamais associer à un traitement antihypertenseur Contre-indication : Sympathomimétiques alpha directs per os ou par voie nasale (phényléphrine, pseudoéphédrine) (VIGILANCE auto médication (ex : Actifed®/Dolirhume®,etc..) | Allongement de la 1/2 vie en cas d'IRC absence de recommandations, surveillance des effets indésirables et recherche de la dose minimale efficace | | Prise le matin de préférence avant le lever ; dernière prise du médicament au moins 4h avant le coucher |
| AUTRES MEDICAMENTS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE | | | | | | | | |
| VALSARTAN ET SACUBITRIL | ENTRESTO 24 mg/26 mg, cpr |  |  | Pas en première intention Respecter un intervalle libre de 36h lors du relais entre IEC/ARA II et ENTRESTO® pour limiter le risque d'œdème bradykinique et autres EI Surveillance de la tension artérielle à l'initiation et à l'arrêt (pendant 48h) | Contre-indication avec les IEC et les ARA II | DFG < 60 ml/min, initiation du traitement à 24/26mg 2x par jour | | Administration pendant ou hors des repas avec un verre d'eau Non écrasable (RCP) |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---|-----------|---|--|---|--------------------------|---|
| DIURETIQUES | | | | | | | | |
| BUMETANIDE | BURINEX1 mg, cpr |  | | <p>Marge thérapeutique étroite, surveillance de la tension artérielle</p> <p>Risque de troubles ioniques</p> <p>Surveillance : Biologie 7 jours après introduction, systématique après un épisode aigu (déshydrations, diarrhées, vomissements, infections) Fréquence de surveillance : DFG/10 (ex : DFG = 50 ml/min, surveillance tous les 5 mois)</p> | <p>Vigilance particulière chez les patients traités par digitaliques et autres anti-arythmiques du fait du risque d'hypokaliémie</p> <p>Diminution de la clairance du lithium</p> | En cas d'insuffisance rénale, avis recommandé auprès d'un néphrologue | | Goût amer : administration immédiate après écrasement (photosensible) / peu soluble |
| FUROSEMIDE | FUROSEMIDE 40 mg ARROW, cpr séc |  | | <p>Risque de troubles ioniques</p> <p>En cas d'insuffisance cardiaque sévère, il existe un dosage de Furosémide cp 500 mg</p> <p>Surveillance : Biologie 7 jours après introduction, systématique après un épisode aigu (déshydratation, diarrhées, vomissements, infections) Fréquence de surveillance fonction rénale : DFG/10 (ex : DFG = 50 ml/min, surveillance tous les 5 mois)</p> <p>Alternative galénique : solution buvable 10mg/ml Vigilance : Solution buvable chez SA (risque de surdosage par mésusage) Autres dosages : Lasilix faible 20mg, Lasilix retard 60 mg (NON ECRASABLE, gélule ouvrable)</p> | <p>Vigilance particulière pour toutes associations avec des médicaments hypokaliémisants ou hyponatrémisants</p> <p>Association déconseillée avec le lithium (risque de surdosage)</p> <p>Vigilance en cas d'association avec les ISGLT2 (dapagliflozine, empagliflozine) : risques d'EI liés à une hypovolémie par majoration de l'effet diurétique ; risques de déshydratation et d'hypotension</p> <p>Veiller au volume d'apport hydrique dans le cas d'administration concomitante avec les ISGLT2</p> | En cas d'insuffisance rénale sévère, posologie potentiellement élevée : avis recommandé auprès d'un néphrologue | CIA1 / ACB1 | Administration immédiate après écrasement (photosensible). Peu soluble |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|--|--|---|---|---|--------------------------|--|
| HYDROCHLOROTHIAZIDE | HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 mg ARROW, cpr sécable (Esidrex®) |  | | <p>Risque majoré d'hyponatrémie et d'hypokaliémie</p> <p>Surveillance : Biologie 7 jours après introduction, systématique après un épisode aigu (déshydrations, diarrhées, vomissements, infections) Fréquence de surveillance : DFG/10 (ex : DFG = 50 ml/min, surveillance tous les 5 mois)</p> <p>Posologie maximale = 25 mg/j</p> | <p>Vigilance particulière pour toutes associations avec des médicaments hypokaliémisants ou hyponatrémisants</p> <p>Association déconseillée avec le lithium (risque de surdosage)</p> <p>Vigilance en cas d'association avec les ISGLT2 (dapagliflozine, empagliflozine) : risques d'EI liés à une hypovolémie (effet diurétique majoré) et risques de déshydratation et d'hypotension Veiller au volume d'apport hydrique dans le cas d'administration concomitante avec les ISGLT2</p> | <p>Contre-indiqué si DFG < 30ml/min</p> <p>Alternative : passage au furosémide</p> | | <p>Goût désagréable Dose quotidienne à prendre en une ou deux prises avec ou sans nourriture avec un verre d'eau</p> <p>Administration par sonde entérale possible</p> |
| INDAPAMIDE | FLUDEX LP 1,5 mg, cpr à libération prolongée |  |  | <p>Risque d'hypokaliémie sévère avec la forme libération immédiate ; se limiter à la forme LP</p> <p>Surveillance : Biologie 7 jours après introduction, systématique après un épisode aigu (déshydrations, diarrhées, vomissements, infections) Fréquence de surveillance : DFG/10 (ex : DFG = 50 ml/min, surveillance tous les 5 mois)</p> <p>Autres diurétiques hypokaliémisants efficaces en terme de prévention de la morbi-mortalité chez l'hypertendu : hydrochlorothiazide (Esidrex®), furosémide (Lasilix®)</p> | <p>Vigilance particulière pour toutes associations avec des médicaments hypokaliémisants ou hyponatrémisants</p> <p>Association déconseillée avec le lithium (risque de surdosage)</p> | <p>Contre-indication si DFG < 30 ml/min</p> | | <p>Prise de préférence le matin, avec un verre d'eau Ne pas croquer</p> |




| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|--|-----------|---|--|--|--------------------------|--|
| SPIRONOLACTONE | ALDACTONE 25 mg, cpr séc |  | | Dose maximum : 50 mg/jour chez le sujet âgé Attention au risque d'hyperkaliémie et au risque d'hypotension (notamment orthostatique) Surveillance : Biologie 7 jours après introduction, systématique après un épisode aigu (déshydrations, diarrhées, vomissements, infections) Fréquence de surveillance : DFG/10 (ex : DFG = 50 ml/min, surveillance tous les 5 mois) | Contre-indication : Autres diurétiques épargneurs de potassium Vigilance : Tout médicament susceptible d'entraîner une hyperkaliémie : - Potassium - ARA II ou IEC | En cas d'insuffisance rénale, surveillance renforcée de la kaliémie Contre-indiqué si DFG < 30 ml/min | | Peut être écrasé et mis en suspension, de préférence dans un liquide sucré (sirop) Goût amer, très désagréable. Peu soluble dans l'eau |
| INHIBITEURS CALCIIQUES PERIPHERIQUES | | | | | | | | |
| AMLODIPINE | AMLODIPINE 5 mg ARROW, gélule |   | | Antiangoreux et antihypertenseur Risque d'œdème des membres inférieurs avec l'amlodipine : mettre en place une surveillance d'apparition d'OMI dans le dossier patient en EHPAD Risque de majoration d'une constipation Posologie-d'instauration progressive chez le sujet âgé Dans le traitement de l'HTA : Amlodipine en 2ème intention, après Lercanidipine (1ère intention) | | Pas d'adaptation nécessaire | | A prendre à heure fixe Possiblement dans une compote ou un liquide sucré; administration immédiate Peu soluble dans l'eau |
| LERCANIDIPINE | LERCANIDIPINE 10 mg EG, cpr séc |  | | Risque d'œdème des membres inférieurs avec la lercanidipine : mettre en place une surveillance d'apparition d'OMI | | Contre-indication si DFG < 30 ml/min | | A prendre avant le repas, avec un peu de liquide (pas de jus de pamplemousse) ; de préférence le matin, avant le petit déjeuner |




| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|-----------|--|---|---|-----------------------------|---|
| NICARDIPINE | LOXEN LP 50 mg, gélule à libération prolongée |  | | Forme à libération prolongée (LP) à prescrire A EVITER forme LI: la forme à libération immédiate des inhibiteurs calciques (nifédipine, nicardipine) expose les patients à des hypotensions sévères et des accidents coronaires ou cérébraux Risque d'œdème des membres inférieurs avec la nifédipine Alternative : autre inhibiteur calcique | | Pas d'adaptation nécessaire | | Administrer avant le repas |
| INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION | | | | | | | | |
| PERINDOPRIL | PERINDOPRIL 4 mg SANDOZ, cpr séc |  | | Posologie d'instauration progressive, selon tolérance et efficacité clinique Vigilance : les antécédents d'œdèmes bradykiniques sous IEC contre-indiquent l'utilisation du racécadotril (tiorfan®) Surveillance fonction rénale (pour adaptation dose) : Biologie 7 jours après introduction, systématique après un épisode aigu (déshydrations, diarrhées, vomissements, infections) Fréquence de surveillance : DFG/10 (ex : DFG = 50 ml/min, surveillance tous les 5 mois) Dosage disponible : 2 mg (= Coversyl® 2,5 mg), 4 mg, (= Coversyl® 5 mg), 8 mg (= Coversyl® 10mg) Les doses équivalentes en périndopril sont identiques pour le Coversyl® et ses génériques | Contre-indication avec l'Entresto®; en cas de relais respecter un intervalle libre de 36h pour limiter le risque d'œdèmes bradykiniques Vigilance particulière avec les médicaments susceptibles d'entraîner une hyperkaliémie, notamment lors de supplémentation en potassium, ou si utilisation de diurétiques épargneurs de potassium comme la spironolactone | Si DFG < 60 ml/min posologie initiale de 2 mg/j Si DFG < 30 ml/min posologie initiale de 2 mg tous les deux jours Si hémodialyse, 2 mg après les jours de dialyse | | A prendre avant le repas de préférence le matin, en une prise |





| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|-------------------------------------|---|-----------|---|---|---|-----------------------------|---|
| RAMIPRIL | RAMIPRIL 2,5 mg VIATRIS, cpr séc |  | | <p>Posologie d'instauration progressive à des doses réduites de 1,25 mg par rapport à la posologie d'un sujet jeune Adaptation selon tolérance et efficacité clinique</p> <p>Vigilance : les antécédents d'œdèmes bradykiniques sous IEC contre-indiquent l'utilisation du racécadotril (tiorfan®)</p> <p>Surveillance fonction rénale (pour adaptation dose) : Biologie 7 jours après introduction, systématique après un épisode aigu (déshydrations, diarrhées, vomissements, infections) Fréquence de surveillance : DFG/10 (ex : DFG = 50 ml/min, surveillance tous les 5 mois)</p> <p>Dosage disponible : 1,25 mg, 5 mg, 10 mg</p> <p>Remarque : le dosage de 1,25 mg a une barre de sécabilité uniquement pour faciliter l'administration, mais le comprimé n'est pas sécable!</p> | <p>Contre-indication avec l'Entresto®; en cas de relais respecter un intervalle libre de 36h pour limiter le risque d'œdèmes bradykiniques et autres EI</p> <p>Pas d'association avec un ARA II</p> <p>Vigilance particulière avec les médicaments susceptibles d'entraîner une hyperkaliémie, notamment lors de supplémentation en potassium, ou si utilisation de diurétiques épargneurs de potassium comme la spironolactone</p> | <p>Si DFG < 60 ml/min Posologie initiale de 2,5 mg/jour, max 5 mg/jour</p> <p>Si DFG < 30 ml/min Posologie initiale de 1,25 mg /jour, max 5 mg/jour</p> | | A prendre à heure fixe, avec un peu de liquide, (avant, pendant ou après repas) |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---------------------------------------|---|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| INHIBITEURS DES RECEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II | | | | | | | | |
| IRBESARTAN | IRBESARTAN 150 mg EG, cpr |  | | <p>1ère intention chez l'insuffisant rénal (en contrôlant périodiquement kaliémie et créatinine sérique) du fait d'une meilleure tolérance rénale par rapport aux autres sartans</p> <p>Chez le sujet âgé, initiation toujours par la dose la plus faible : 75 mg</p> <p>Augmentation progressive par paliers successifs dans un délai de 1 à 4 semaines, sous contrôle PA, fonction rénale, sodium et potassium, jusqu'à la dose maximale tolérée</p> <p>Dosage disponible : 75mg , 300mg</p> | <p>Contre-indication avec l'Entresto®; en cas de relais respecter un intervalle libre de 36h</p> <p>Risque de surdosage en lithium lors de l'association : la lithiémie doit être contrôlée de manière renforcée</p> <p>Pas d'association avec un IEC</p> <p>Vigilance particulière avec les médicaments susceptibles d'entraîner une hyperkaliémie, notamment lors de supplémentation en potassium, ou si utilisation de diurétique épargneur de potassium comme la spironolactone</p> | Pas d'adaptation nécessaire | | <p>Administration immédiate après écrasement (photosensible) avec un aliment</p> <p>Peu soluble dans l'eau</p> <p>Goût amer.</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|---|--|--|---|--------------------------|---|
| CANDESARTAN | CANDESARTAN 8 mg ARROW LAB, cpr séc |  | | Surveillance fonction rénale (pour adaptation dose) : Biologie 7 jours après introduction, systématique après un épisode aigu (déshydrations, diarrhées, vomissements, infections) Mémo - Fréquence de surveillance : DFG/10 (ex : DFG = 50 ml/min, surveillance tous les 5 mois) Autres dosages disponibles : 4mg, 16 mg | Contre-indication avec l'Entresto®; en cas de relais, respecter 1 intervalle libre de 36h Risque de surdosage en lithium lors de l'association : la lithiémie doit être contrôlée de manière renforcée Pas d'association avec un IEC Vigilance particulière avec les médicaments susceptibles d'entraîner une hyperkaliémie, notamment lors de supplémentation en potassium, ou si utilisation de diurétiques épargneurs de potassium comme la spironolactone | Si DFG < 60 ml/min posologie initiale de 4 mg/j à augmenter selon efficacité et tolérance | | Doit être administré en une seule prise par jour, pendant ou en dehors des repas |
| VASODILATEURS | | | | | | | | |
| GLYCERYL TRINITRATE | NATISPRAY 0,15 mg/dose, sol pr pulv buccale, flac 13,5 mL | |  | Traitement à réserver à la prise en charge de décompensation cardiaque (PEC aiguë - durée de traitement initiale max 15jrs) Peut être prescrit nominativement mais est réservé à la crise d'angor (situation d'urgence) Réévaluation clinique et ECG fréquent ; à arrêter dès que le patient est stabilisé Risque d'hypotension sévère et de chute Dosages disponibles : 0,15 mg/dose; 0,30 mg/dose | Contre-indication avec les inhibiteurs des phosphodiesterases de type 5 => dont Sildénafil (Viagra®) | | | Voie sublinguale : pulvérisation à faire sous la langue Si la crise persiste , prise à renouveler 2-3 fois avec un intervalle de 2-3 min |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---|---|---|--|---|-----------------------------|--|
| GLYCERYL TRINITRATE | TRINIPATCH 10 mg/24h, dispositif transdermique | |  | Traitement préventif de la crise d'angor Maximum 16h de pose sur 24h ; l'intervalle, où le patch doit être retiré, doit être clairement prescrit Dosages disponibles : 5mg/24h, 10mg/24h, 15mg/24h | Contre-indication avec les inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5 (ex : Sildénafil (Viagra®)) Vigilance : tout médicament susceptible de diminuer la tension artérielle | Pas d'adaptation nécessaire | | A appliquer sur une zone à faible pilosité en variant les sites de pose Conseil d'utilisation : coller sur le patch un sparadrap blanc avec date et heure de pose |
| MOLSIDOMINE | MOLSIDOMINE 2 mg ARROW, cpr séc |  |  | Fort risque d'hypotension, avis spécialiste fortement recommandé Schéma de prise strict à respecter : 3 prises par jour | Contre-indication avec inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5 (ex : Sildénafil (Viagra®)) Vigilance : tout médicament susceptible de diminuer la tension artérielle | Absence de recommandation ; Surveillance des effets indésirables et recherche de la dose minimale efficace | | Adapter le moment de prise selon l'activité du patient |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---|---|---|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| HYPOCHOLESTEROLEMIANTS ET HYPOTRIGLYCERIDIANTS | | | | | | | | |
| ATORVASTATINE | ATORVASTATINE 10 mg ARROW GENERIQUES, cpr (Tahor®) |  |  | <p>* En prévention primaire : initiation NON recommandée chez le sujet > 75 ans (absence de preuve sur la réduction de la mortalité et exposition à des effets indésirables importants notamment musculo-squelettiques). Si instauré avant 75 ans, maintien selon balance bénéfice /risque CV</p> <p>* En prévention secondaire : les statines sont <u>A</u> MAINTENIR en recherchant la dose maximale tolérée par le patient</p> <p>Il est possible de recourir à des statines moins puissantes (sur la baisse du LDLc) que l'atorvastatine comme la simvastatine ou la pravastatine</p> <p>Selon laboratoire Pfizer 04-08-2020 : écrasement déconseillé mais une étude est favorable à la mise en suspension (utile pour l'administration par sonde naso-gastrique)</p> <p>Autres dosages : 20 mg, 40 mg, 80 mg</p> | <p>Substrat du CYP 3A4 Les interactions portent sur l'augmentation du risque de troubles musculo-squelettiques</p> <p>Augmentation des concentrations en atorvastatine : - Inhibiteurs de protéase du VIH - jus de pamplemousse</p> <p>Association déconseillée avec l'acide fusidique : augmentation du risque de troubles musculo-squelettiques Risque de surdosage avec les digitaliques</p> | | | <p>A prendre à heure fixe quel que soit le moment de la journée</p> <p>Peu soluble dans l'eau</p> <p>Photosensible</p> |
| EZETIMIBE | EZETIMIBE 10 mg SANDOZ, cpr |  | | <p>Eviter de prescrire les associations fixes avec les statines afin de pouvoir adapter facilement leurs doses individuelles</p> | | Pas d'adaptation nécessaire | | |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--------------------------------------|---|---|---|--|--|--------------------------|--|
| PRAVASTATINE | PRAVASTATINE 20 mg ARROW, cpr séc |  |  | <p>* En prévention primaire : initiation NON recommandée chez le sujet > 75 ans (absence de preuve sur la réduction de la mortalité et exposition à des effets indésirables importants notamment musculo-squelettiques) Si instauré avant 75 ans, maintien selon balance bénéfique /risque CV</p> <p>* En prévention secondaire : les statines sont A MAINTENIR en recherchant la dose maximale tolérée par le patient</p> <p>Il est possible de recourir à des statines plus puissantes (sur la baisse du LDLc) que la pravastatine comme la simvastatine ou l'atorvastatine</p> | <p>Association contre indiquée avec l'acide fusidique car augmentation du risque de troubles musculo-squelettiques => pendant le traitement par acide fusidique : arrêt de la statine</p> <p>Interaction avec la Warfarine et autres AVK : le TP doit être mesuré avant et pendant le début du traitement pour vérifier l'absence de modification significative</p> | Initiation à 10mg/jour ; augmentation par paliers de 10 mg jusqu'à dose maximale tolérée | | Administrer de préférence le soir, en 1 prise/jour, pendant ou en dehors des repas |
| SIMVASTATINE | SIMVASTATINE 20 mg ARROW LAB, cpr |  |  | <p>* En prévention primaire : initiation NON recommandée chez le sujet > 75 ans (absence de preuve sur la réduction de la mortalité et exposition à des effets indésirables importants notamment musculo-squelettiques) Si instauré avant 75 ans, maintien selon balance bénéfique /risque CV</p> <p>* En prévention secondaire : les statines sont A MAINTENIR en recherchant la dose maximale tolérée par le patient</p> <p>Il est possible de recourir à des statines moins puissantes (sur la baisse du LDLc) comme la pravastatine ou plus puissante comme l'atorvastatine</p> | <p>Substrat du CYP 3A4 . Les interactions portent sur l'augmentation du risque de troubles musculo-squelettiques</p> <p>Contre-indication en association avec un inhibiteur de protéase du VIH</p> <p>Augmentation des concentrations de simvastatine en association avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diltiazem - jus de pamplemousse - amiodarone - amlodipine <p>Contre-indication avec l'acide fusidique: risque de troubles musculo-squelettiques => pendant le traitement par acide fusidique : arrêt de la statine</p> <p>Interaction avec la Warfarine et autres AVK : surveillance INR renforcée</p> | Si DFG < 30 ml/min posologie max de 10 mg/jour | | Goût amer; administration immédiate après écrasement |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---------------------------------------|---------|-----------|---|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ANTIHEMORROIDAIRES | | | | | | | | |
| PREPARATIONS A BASE DE ZINC | TITANOREINE, suppo | | | 1 à 2 suppositoires par jour Le traitement ne doit pas excéder 7 jours | | | | Voie rectale |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---------|-----------|---|---|------------------------------------|-----------------------------|---|
| Classe ATC D : DERMATOLOGIE | | | | | | | | |
| <p>Concernant la classe D (Dermatologie) les points de vigilances suivants sont à considérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les corticoïdes locaux exposent à un risque de retard de la cicatrisation des plaies et ulcères. - Pour l'application de tous les topiques locaux, mettre des gants à usage unique. | | | | | | | | |
| ANTIFONGIQUES A USAGE TOPIQUE | | | | | | | | |
| AMOROLFINE | AMOROLFINE 5% ARROW, verniss à ongles médicamenteux, flac verre T3 2,5 mL | | | <p>Une à deux applications sur l'ongle atteint par semaine</p> <p>Traitement à effectuer jusqu'à restauration complète de l'ongle</p> <p>Durée de traitement en général :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 mois pour les ongles de main et - 9 mois pour les ongles de pied | | | | <p>Application sur la totalité de l'ongle atteint à l'aide de la spatule réutilisable (à nettoyer à chaque passage d'un ongle à l'autre)</p> <p>Vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ongle doit être propre avant application (toilette soigneuse en dégraissant au moyen d'un dissolvant) - La spatule doit être nettoyée entre chaque utilisation; ne pas l'essuyer sur le bord du flacon - Ne pas appliquer sur la peau. En cas de débordement nettoyer soigneusement |
| ECONAZOLE | ECONAZOLE 1% ARROW, crème, tube 30 g | | | <p>Adapter la forme galénique selon la localisation de l'infection</p> <p>Crème : mycoses non macérées</p> <p>Remarque : 2 à 3 applications par jour</p> <p>Alternative : Oxyconazole, 1 application par jour</p> | <p>Remarque : risque de passage systémique en cas de phénomène d'occlusion locale (pli cutané) ou si application sur de grandes surfaces (précaution si association avec AVK)</p> <p>Interaction possible avec la warfarine (surdosage)</p> | | | <p>Ne pas utiliser avec un savon à pH acide (favorise la multiplication de Candida)</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| ECONAZOLE | ECONAZOLE 1% ARROW, émulsion pr appli cutanée, flac 30 g | | | <p>Adapter la forme galénique selon la localisation de l'infection</p> <p>Emulsion : muqueuse / semi muqueuse (parties génitales notamment) et visage</p> <p>Remarque : en cas de mycose des plis inguinaux et interfessier, le traitement du foyer digestif et/ou vaginal s'impose</p> <p>Remarque : 2 à 3 applications par jour</p> <p>Alternative : Oxyconazole, 1 application par jour</p> | <p>Remarque : risque de passage systémique en cas de phénomène d'occlusion locale (pli cutané) ou si application sur de grandes surfaces (précaution si association avec AVK)</p> <p>Interaction possible avec la warfarine (surdosage)</p> | | | <p>Voie cutanée.</p> <p>Application de quelques gouttes avec le bout des doigts. Massage doux et régulier jusqu'à pénétration complète</p> <p>Ne pas utiliser avec un savon à pH acide (favorise la multiplication de Candida)</p> |
| ECONAZOLE | ECONAZOLE 1% ARROW, pdr pr appli cutanée, flac 30 g | | | <p>Adapter la forme galénique selon la localisation de l'infection</p> <p>Poudre : mycoses macérées des plis</p> <p>Remarque : 2 à 3 applications par jour</p> <p>Alternative : Oxyconazole, 1 application par jour</p> <p>Remarque : en cas de mycose des plis inguinaux et interfessier, le traitement du foyer digestif et/ou vaginal s'impose</p> | <p>Remarque : risque de passage systémique en cas de phénomène d'occlusion locale (pli cutané) ou si application sur de grandes surfaces (précaution si association avec AVK)</p> <p>Interaction possible avec la warfarine (surdosage)</p> | | | <p>Poudrer les lésions à traiter en balayant toute la zone atteinte</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---|
| KETOCONAZOLE | KETOCONAZOLE 2% ARROW, gel, sachet 6 g | | | <p>Pour la dermatite séborrhéique</p> <p>Traitement d'attaque : 2 applications par semaine le premier mois</p> <p>Traitement d'entretien : 1 application par semaine maximum selon efficacité et évaluation clinique</p> <p>Pas d'administration quotidienne</p> | | | | <p>Application de la totalité du contenu du sachet, sur la peau et/ou sur le cuir chevelu lors d'une douche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bien mouiller les zones atteintes - appliquer le gel, faire mousser abondamment, en insistant sur les zones atteintes - laisser en place 5 min - rincer abondamment et soigneusement l'ensemble du corps <p>Le temps de pose de 5 minutes est essentiel à l'efficacité du traitement</p> |
| ANTI-INFECTIEUX CUTANE | | | | | | | | |
| SULFADIAZINE ARGENTIQUE | FLAMMAZINE 1%, crème, tube 50 g | | | <p>Topique destiné au contrôle bactérien des plaies notamment lors de brûlures à partir du second degré</p> <p>Absence de cicatrisation après 15 jours : consultation d'un spécialiste</p> | <p>En cas de traitement prolongé sur une surface étendue : risque de passage systémique</p> <p>Photosensibilisant</p> | | | <p>Application soit à l'aide d'une gaze stérile, soit directement; couche de 2 à 3 mm d'épaisseur</p> <p>Laver la plaie à l'eau entre 2 applications espacées de 24 heures</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---------------------------------------|---------|-----------|--|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| DERMOCORTICOIDES | | | | | | | | |
| BETAMETHASONE | BETNEVALO,1%, crème, tube 30g | | | <p>Dermocorticoïde d'activité forte.</p> <p>Les crèmes sont à utiliser sur des lésions aiguës et suintantes</p> <p>Nécessité d'une décroissance progressive après traitement > 1 semaine pour éviter un effet rebond (1 jour sur 2, puis sur 3...)</p> <p>Vigilance : l'application dans un pli cutané peut entraîner un phénomène d'occlusion avec risque de passage systémique</p> | Risque de déséquilibre des traitements antidiabétiques ; surveillance à renforcer surtout en début de traitement | | | <p>Application en couche fine sur la surface minimale nécessaire, sans pansement occlusif</p> <p>Respecter la quantité prescrite, souvent minime : une noisette = le bout du doigt = équivalent à un petit pois</p> <p>(risque identifié "Trop en mettre peut faire pire que mieux")</p> <p>Eviter l'application sur le visage</p> |
| BETAMETHASONE | BETNEVALO,1%, pommade, tube 30g | | | <p>Dermocorticoïde d'activité forte</p> <p>Les pommades sont à utiliser sur les lésions sèches et squameuses</p> <p>Application en couche fine sur la surface minimale nécessaire, sans pansement occlusif</p> <p>Nécessité d'une décroissance progressive après traitement > 1 semaine pour éviter un effet rebond (1 jour sur 2, puis sur 3...)</p> <p>Vigilance : l'application dans un pli cutané peut entraîner à un phénomène d'occlusion</p> | Risque de déséquilibre des traitements antidiabétiques ; surveillance à renforcer surtout en début de traitement | | | <p>Application en couche fine sur la surface minimale nécessaire, sans pansement occlusif</p> <p>Respecter la quantité prescrite, souvent minime : une noisette = le bout du doigt = équivalent à un petit pois</p> <p>(risque identifié "Trop en mettre peut faire pire que mieux")</p> <p>Eviter l'application sur le visage</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---------|---|--|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| BETAMETHASONE | BETNEVAL LOTION 0.1%, émulsion pr appli cutanée, flac. 15 g | | | Dermocorticoïde d'activité forte. La lotion est adaptée à un traitement des zones pileuses et du cuir chevelu | Risque de déséquilibre des traitements antidiabétiques ; surveillance à renforcer surtout en début de traitement | | | |
| CLOBETASOL | CLARELUX 500 µg/g, crème, tube 10 g | |  | Dermocorticoïde d'activité très forte : l'utilisation prolongée peut exposer le patient à des effets indésirables graves Les crèmes sont à utiliser sur des lésions aiguës et suintantes Sur le visage, maximum 5 jours de traitement En cas de nécessité de traitement > à 2 semaines, envisager le recours à des corticoïdes d'activité inférieure. Nécessité d'une décroissance progressive après traitement > 1 semaine pour éviter un effet rebond (1 jour sur 2, puis sur 3...) Première intention en cas de pemphigoïde bulleuse, pouvant amener à une utilisation importante, pouvant exposer les patients aux effets systémiques des corticoïdes Autres galéniques : gel pour application sur le cuir chevelu | Risque de déséquilibre des traitements antidiabétiques ; surveillance à renforcer surtout en début de traitement | | | Application en couche fine sur la surface minimale nécessaire, sans pansement occlusif Respecter la quantité prescrite, souvent minimale : une noisette = le bout du doigt = équivalent à un petit pois (risque identifié "Trop en mettre peut faire pire que mieux") Dans le cas d'une application sur une grande surface, surveiller le nombre de tubes utilisés Eviter l'application sur le visage |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---------|-----------|---|--|---------------------------------|--------------------------|--|
| DESONIDE | LOCAPRED 0,1%, crème, tube 15 g | | | Dermocorticoïde d'activité modérée Nécessité d'une décroissance progressive après traitement > à 1 semaine Vigilance : l'application dans un pli cutané peut entraîner un phénomène d'occlusion Remarque : dermocorticoïde d'activité faible = à base d'hydrocortisone. Non remboursés | Risque de déséquilibre des traitements antidiabétiques ; surveillance à renforcer surtout en début de traitement | | | Appliquer le produit en petites touches espacées, puis étaler en massant légèrement jusqu'à absorption complète |
| ANTISEPTIQUES ET DESINFECTANTS | | | | | | | | |
| CHLORHEXIDINE | CHLORHEXIDINE AQUEUSE COLOREEE 0,5% GILBERT, sol pr appli cutanée, récipient unidose 20 mL | | | Eau et savon sans parfum pour le nettoyage des escarres Ne pas utiliser d'antiseptique pour le nettoyage des escarres Usage unique | | | | |
| SODIUM HYPOCHLORITE | DAKIN STABILISE COOPER, sol pr appli cutanée, flac 60 mL | | | Utilisation pour le nettoyage des parties intimes avant réalisation d'ECBU Utilisation dans les AES** : antiseptie après 1er nettoyage à l'eau et au savon Noter la date d'ouverture sur le flacon. Conservation 1 mois après ouverture. | | | | Utilisation sans dilution : - Lavages, bains locaux, irrigations - Compresses imbibées Laisser sécher à l'air libre après application |
| CICATRISANTS | | | | | | | | |
| DEXPANTHENOL | BEPANTHEN 5%, pommade, tube 30g | | | Utilisation dans les dermatites associées à l'incontinence. CI : dermatose infectée ou suintante Alternative : préparations magistrales à base de Questran ® | Contient un corps gras ; incompatible avec l'administration d'oxygène : risque de combustion | | | Application avec massage léger |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---------|-----------|--|--|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| TROLAMINE | BIAFINE, émulsion pr appli cutanée, tube 186 g | | | Brûlure du 1er et second degré ; application possible sur petite plaie non infectée Ne pas appliquer sur les escarres Non remboursé SS | Contient un corps gras : incompatible avec l'administration d'oxygène : risque de combustion | | | Application en couche épaisse |
| EMOLLIENTS | | | | | | | | |
| PARAFFINE ET PRODUITS GRAS | GLYCEROL VASELINE PARAFFINE 15%/8%/2%/PIERRE FABRE SANITE, crème, tube 250 g | | | Pas de pansement occlusif | Contient un corps gras : incompatible avec l'administration d'oxygène : risque de combustion | | | Application en couche mince |
| PARAFFINE ET PRODUITS GRAS | VASELINE OFFICINALE COOPER, pommade, tube 20g | | | Emollient de choix car minimise le risque d'hypersensibilité | Contient un corps gras : incompatible avec l'administration d'oxygène : risque de combustion | | | |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|

Classe ATC G : SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES







Les MPI devant être évités chez les personnes âgées de 75 ans et plus¹, concernant la classe ATC G (Système génito-urinaire et hormones sexuelles) :




- les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques, utilisés en cas d'incontinence urinaire (**fésotérodine, oxybutynine, solifénacine, Trospium ...**) : ils ont un rapport bénéfice/risque défavorable et augmentent le risque de rétention urinaire aiguë .
- Les inhibiteurs de l'alpha-5 testostérone réductase (**finastéride, dutastéride**) ont une efficacité discutable dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate avec un risque important de troubles dépressifs pouvant aller jusqu'à l'acte suicidaire.



¹ répertoriés dans la liste de Laroche ML version 2021, le guide PAPA 2022 et/ou la liste des médicaments à éviter de Prescrire.


ANTI-INFECTIEUX ET ANTISEPTIQUES




| | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|---|--|----|--|--|
| NYSTATINE EN ASSOCIATION | POLYGYMAX, caps vaginales | | | Vaginose à candida et/ou bactérienne Traitement à associer à des conseils d'hygiène intime : Toilette avec un savon PH neutre, sous-vêtements en coton , éviter les douches vaginales Autres molécules disponibles et indications : Econazole 150 LP ovule : mycose vaginale Métroimidazole 500 mg ovule : vaginite non spécifique / infection à trichomonas | Risque de rupture des préservatifs en polyuréthane | NA | | Introduction au fond du vagin en position allongée |
| POVIDONE IODEE | BETADINE 10%, sol vaginale, récipient unidose 10 mL | | | Traitement local des infections vaginales à germe sensible Résorption possible de l'iode à travers les muqueuses, éviter les utilisations prolongées | | | | Utilisation de la solution pure ou diluée : - Pure : badigeonnage interne ou externe - Diluée : instillations vaginales (2 cuillères à soupe de produit par litre d'eau tiède (RCP)) |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---|---|--|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| MÉDICAMENTS DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE | | | | | | | | |
| ALFUZOSINE | ALFUZOSINE LP 10 mg EG, cpr à libération prolongée |  |  | Vigilance : Risque d'hypotension alternative : alfuzosine 2,5 mg LI | Substrat du CYP 3A4 Association déconseillée: - inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (ex: Viagra® (sildénafil)) - inhibiteurs puissants du CYP3A4 (antiprotéases du VIH, macrolides, jus de pamplemousse etc. ...) | Pas d'adaptation nécessaire | | A avaler entier avec de l'eau |
| ALFUZOSINE | XATRAL 2,5 mg, cpr |  |  | Vigilance : Risque d'hypotension Dans l'indication : prescription 3 fois par jour Les autres schémas posologiques ne sont pas indiqués | Substrat du CYP 3A4 Association déconseillée: - inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (ex : Viagra® (sildénafil)) - inhibiteurs puissants du CYP3A4 (antiprotéases du VIH, macrolides, jus de pamplemousse etc. ...) | Pas d'adaptation nécessaire | | Si écrasement, administration immédiate Goût amer |
| FINASTERIDE | FINASTERIDE 5 mg ARROW LAB, cpr |  |  | Pas en première intention; prescription après échec des alpha-bloquants avec au minimum 6 mois de traitement Cf. encart introductif | Pas d'interaction cliniquement significative | Pas d'adaptation nécessaire | | |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---|---|---|--|--|--------------------------|---------------------------------------|
| TAMSULOSINE | TAMSULOSINE LP 0,4 mg MYLAN, gélule à libération prolongée |  | | Risque d'hypotension | Substrat du CYP 3A4 Risque d'hypotension important si association avec des inhibiteurs calciques (amlodipine) Précaution d'emploi : inhibiteurs puissants du CYP3A4 (antiprotéases du VIH, macrolides, jus de pamplemousse etc...) | Pas d'adaptation nécessaire | | |
| MEDICAMENTS DE L'INCONTINENCE URINAIRE | | | | | | | | |
| TROSPIUM | CERIS 20 mg, cpr |  |  | Les médicaments de l'incontinence urinaire exposent à des effets anticholinergiques pouvant être importants (cf. encart introductif) Trospium : effets anticholinergiques les plus modérés de sa classe, mais doit être utilisé avec précaution Avant initiation, recherche de causes organiques (bilan urodynamique) Réévaluation tous les 3 à 6 mois | Majoration du risque d'effets indésirables si association de plusieurs médicaments à haut potentiel anticholinergique | DFG < 60 ml/min : 20 mg toutes les 12 à 24 H DFG < 30 ml/min : 20 mg toutes les 24 à 48 H DFG < 15 ml/min : non recommandé | CIA 3 | Administration à jeun avant les repas |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|-----------|--|--|------------------------------------|-----------------------------|---|
| CLASSE ATC H : HORMONES SYTÉMIQUES, À L'EXCLUSION DES HORMONES SEXUELLES ET DES INSULINES | | | | | | | | |
| CORTICOIDES A USAGE SYSTEMIQUE | | | | | | | | |
| FLUDROCORTISONE | FLUCORTAC 50 µg, cpr séc |  | | <p>Indication : insuffisance surrénalienne; substitution en minéralocorticoïde</p> <p>En cas d'insuffisance secondaire, traitement de substitution à discuter au cas par cas</p> <p>Vigilance : patients présentant une hypertension ou une insuffisance cardiaque</p> <p>La mise en place du traitement peut nécessiter une adaptation des apports en sel</p> <p>Alternative : solution buvable</p> | <p>Précaution d'emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicaments susceptibles d'entraîner une hypokaliémie (ex furosémide, hydrochlorothiazide) - hémigoxine, toxicité majorée par l'hyperkaliémie | Pas d'adaptation nécessaire | | Si écrasement, administration immédiate (sensible à l'humidité) : mélange possible dans un jus de fruit |
| HYDROCORTISONE | HYDROCORTISONE 10 mg ROUSSEL, cpr séc |  | | <p>Indication : insuffisance surrénalienne</p> <p>3 prises par jour, dernière prise vers 16h</p> <p>Le traitement ne doit pas être interrompu brutalement</p> <p>Nécessite une surveillance clinique pour évaluer la bonne tolérance du traitement (état général, pouls, tension artérielle debout et couché)</p> | <p>Association aux anti-coagulants : risque hémorragique propre à la corticothérapie à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours</p> <p>Renforcer la surveillance. Pour les AVK : surveillance à J8 puis tous les 15 jours durant le traitement</p> <p>Précaution d'emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicaments susceptibles d'entraîner une hypokaliémie (ex furosémide, hydrochlorothiazide) - hémigoxine, toxicité majorée par l'hyperkaliémie - inducteurs enzymatiques puissants (risque d'insuffisance surrénalienne) | Pas d'adaptation nécessaire | | <p>Dernière prise à 16h</p> <p>Peut être mélangé à l'alimentation</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---|-----------|---|---|------------------------------------|--|---|
| PREDNISONE | CORTANCYL 1 mg, cpr |  | | <p>Prise le matin. Vigilance : durée de traitement < à 10 jours</p> <p>Pas d'arrêt brutal de traitement => Recommandations RCP : diminution de 10 % de la dose tous les 8 à 15 jours</p> <p>Vigilance : au long cours nombreux effets indésirables (ex: diminution de l'efficacité des médicaments anti-diabétiques)</p> <p>Autres dosages : 5 mg et 20 mg Alternatives : Solupred[®] cp ORODISPERSIBLE 5 mg ou 20 mg ou Solupred[®] solution buvable Remarque : Equivalences de doses entre corticoïdes : 5 mg de prednisone = 5 mg de prednisolone = 20 mg d'hydrocortisone = 4 mg de méthylprednisolone = 0,75 mg de dexaméthasone = 0,75 mg de bétaméthasone</p> | <p>Contre-indication : vaccins vivants atténués (ex : Zostavax[®] contre le Zona)</p> <p>Association déconseillée : - Aspirine à dose anti-inflammatoire - Inhibiteurs puissants du CYP3A4 (amiodarone, inhibiteurs de protéase du VIH)</p> <p>Association aux anti-coagulants : risque hémorragique propre à la corticothérapie à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours Renforcer la surveillance Pour les AVK : surveillance à J8 puis tous les 15 jours durant le traitement.</p> | Pas d'adaptation nécessaire | CIA 1 / ACB 1 | A prendre de préférence au cours d'un repas |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---|---|--|--|--|--------------------------|---|
| MEDICAMENTS DE L'HYPOTHYROIDIE | | | | | | | | |
| LEVOTHYROXINE SODIQUE | LEVOTHYROX 25µg. cpr séc |  | | <p>Vigilance : médicament à marge thérapeutique étroite, prudence en cas de substitution</p> <p>Prise à jeun le matin</p> <p>Autres dosages : 50 µg, 75µg, 88µg , 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137µg, 150µg, 175µg, 200µg</p> <p>Alternative : Solution buvable en goutte (L-THYROXINE SERB® 150µg/ml)</p> <p>Vigilance pour la solution buvable : conservation au réfrigérateur (+2-+8°C), conservation 30 jours après ouverture. 1 goutte (du flacon compte goutte) = 5 µg de L-tyroxine. Toujours prescrire en µg (cf fiche de bonnes pratiques d'utilisation des gouttes buvables OMÉDIT CVL)</p> | <p>Avec des médicaments diminuant l'absorption : espacer la prise de plus de deux heures</p> <p>- pansements gastriques et antiacides (ex : Gaviscon®, Kayexalate®, Sevlamer®.</p> <p>- médicaments contenant des sels de fer, ou de calcium per os</p> <p>- IPP (oméprazole, ésoméprazole)</p> <p>Inhibiteurs de protéase du VIH : risque de sous dosage car induction des autres cytochromes (hors 3A4)</p> | Adaptation selon résultat des dosages de T3,T4 et TSH | | <p>Administrer à 2 h d'intervalle avec les médicaments diminuant l'absorption</p> <p>La dose journalière totale doit être prise le matin à jeun, au moins une demi-heure avant le premier repas de la journée</p> <p>En cas d'écrasement, administration immédiate</p> <p>Remarque : le générique du Lévothyrox n'est pas écrasable</p> |
| ANTITHYROIDIENS | | | | | | | | |
| CARBIMAZOLE | NEO-MERCACOLE 5 mg. cpr |  |  | <p>Médicament d'usage spécialisé. Exploration paraclinique nécessaire (dosage biologique) pour poser le diagnostic d'hyperthyroïdie</p> <p>Vigilance : Risque d'agranulocytose, accentué après 65 ans</p> <p>Le traitement doit être interrompu sans délai par le patient en cas d'apparition de maux de gorge, de bleus ou saignements, d'ulcères buccaux, de fièvre ou de malaise</p> <p>Surveillance : NFS avant le début du traitement et de façon hebdomadaire pendant les 6 premières semaines</p> <p>Le patient âgé présentant des troubles cognitifs doit être particulièrement surveillé</p> <p>Autre antithyroïdien : Thyrozol</p> | <p>Vigilance : en association à des médicaments exposant eux-mêmes à un risque d'agranulocytose (ex: Clozapine)</p> <p>Accentuation des risques hémorragiques liés aux AVK (warfarine) ; renforcement de la surveillance de l'INR recommandé</p> <p>Vigilance : patient sous bêta-bloquants et sous digitaliques ; une normalisation de la fonction thyroïdienne peut nécessiter une révision de leurs posologies</p> | Pas d'adaptation nécessaire, mais initiation à dose minimale et adaptation selon la dose minimale efficace | | Le laboratoire déconseille l'administration par SNG (adhérence aux tubulures) |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---|---|--|--|---------------------------------|--------------------------|--|
| HORMONES ANTIPARATHYROIDIENNES | | | | | | | | |
| CINACALCET | CINACALCET 30 mg MYLAN, cpr |  |  | <p>Hyperparathyroïdie secondaire</p> <p>Déconseillé chez le sujet âgé : prescription spécialisée</p> <p>En cours de traitement, la PTH doit être surveillée 1 à 4 semaines après le début du traitement et après chaque adaptation posologique</p> <p>Puis tous les 1 à 3 mois lors de la période d'entretien</p> <p>Surveillance de la calcémie nécessaire au cours du traitement, pour éviter une hypocalcémie (cf. RCP)</p> <p>Vigilance : A prendre en mangeant (avec de la nourriture); multiplication par 2 de la biodisponibilité</p> | Vigilance : Association à d'autres médicaments hypocalcémians ou Inhibiteurs puissants du CYP3A4 (ex : anti-protéase du VIH) | Pas d'adaptation nécessaire | | <p>Prise pendant ou en fin de repas</p> <p>A avaler entier avec un verre d'eau sans broyer ou mâcher le comprimé</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|


CLASSE ATC J : ANTI-INFECTIEUX (USAGE SYSTÉMIQUE)


Les MPI devant être évités chez les personnes âgées de 75 ans et plus¹, concernant la classe ATC J (ANTIINFECTIEUX (USAGE SYSTEMIQUE)) :


- les fluoroquinolones dont les effets indésirables sont majorés chez le sujet âgé (tendinopathies, déséquilibre glycémique chez les sujets diabétiques, troubles neuropsychiques, convulsions, allongement du QT). Indication restreinte uniquement à des infections documentées, éviter les fluoroquinolones dès qu'une alternative thérapeutique est possible. (Alerte ANSM octobre 2022)



¹répertoriés dans la liste de Laroche ML version 2021, le guide PAPA 2022 et/ou la liste des médicaments à éviter de Prescrire .


ANTIMYCOSIQUES A USAGE SYSTEMIQUE

| | | | | | | | | |
|-------------|------------------------------------|---|--|---|--|---|--|--|
| FLUCONAZOLE | FLUCONAZOLE 50 mg ARROW, gélule |  | | <p>Vigilance : pour les posologies et indications ,se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioClic)</p> <p>Autres dosages : 100 mg, 150 mg, 200 mg</p> <p>Alternative : poudre pour suspension buvable 10mg/ml</p> | <p>Précaution d'emploi : médicaments allongeant l'espace QT (ex : amiodarone)</p> <p>Inhibiteurs enzymatiques générant de nombreuses interactions, à manipuler avec précaution : risque de surdosage des médicaments associés</p> <p>Ex :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Warfarine, risque hémorragique -inhibiteurs des canaux calciques (amlodipine), risque d'hypotension -Statines, risque d'atteintes musculo-squelettiques -Fentanyl, risque d'accumulation et majoration de la sédation <p>Se référer au RCP pour la conduite à tenir</p> | <p>Quelle que soit l'indication : J1 pas d'adaptation, la dose de charge complète doit être administrée</p> <p>DFG < 50ml/min : 50% de la dose recommandée dans l'indication</p> <p>Hémodialyse : 100 % de la dose après la dialyse, les jours de dialyse, et la dose adaptée les autres jours</p> | | <p>A prendre de préférence à heure fixe, pendant ou en dehors du repas</p> <p>Peu soluble dans l'eau</p> |
|-------------|------------------------------------|---|--|---|--|---|--|--|



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---------------------------------------|---|-----------|--|--|--|--------------------------|--|
| ANTIVIRAUX A ACTION DIRECTE | | | | | | | | |
| VALACICLOVIR | VALACICLOVIR 500 mg ARROW, cpr séc |  | | <p>Vigilance : pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioCLIC)</p> <p>Vigilance : maintien d'une bonne hydratation pendant le traitement ; risque de précipitation du valaciclovir au niveau rénal</p> <p>Vigilance : EI de type neurologique plus fréquents chez le sujet âgé. Vigilance accrue sur l'adaptation à la fonction rénale</p> <p>La survenue de troubles de la conscience sous traitement doit évoquer un surdosage, même si la posologie semble adaptée</p> <p>Alternative si troubles de la déglutition : Aciclovir (Zovirax®) solution buvable 200 mg/5ml</p> | Vigilance renforcée avec tout médicament exposant à une toxicité rénale (ex : méthotrexate) | <p>DFG > 50 ml/min : 1000 mg 3 fois /jour</p> <p>Adaptation rénale selon les indications et le statut immunitaire du patient</p> <p>Vigilance : DFG < 50 ml/min. Se référer au RCP pour l'ensemble des schémas</p> <p>Prévention CMV: DFG 50 à 75 ml/min : 1500 mg 4X/jour DFG 25 à 50 ml/min : 1500 mg 3X/jour DFG 10 à 25 ml/min : 1500 mg 2X/jour DFG < 10ml/min ou sous dialyse : 1500 mg 1X/jour après la dialyse (si dialyse)</p> <p>En curatif HSV Immunocompétent: DFG < 30 ml/min : 500 mg 1X/jour</p> <p>En curatif HSV Immunodéprimé: DFG < 30 ml/min : 1000 mg 1X/jour</p> <p>En curatif VZV: DFG < 50 ml/min : 1000 mg 2X/jour DFG < 30 ml/min : 1000 mg 1X/jour DFG < 10 ml/min : 500 mg 1X/jour</p> | | Surveiller la bonne hydratation du patient, assurer un apport hydrique suffisant |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|-----------|--|--|---|--------------------------|--|
| BETA-LACTAMINES : PENICILLINES | | | | | | | | |
| AMOXICILLINE | AMOXICILLINE 1g ARROW, cpr dispersible |  | | <p>Pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic)</p> <p>Alternatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gélules 500 mg, - Solution buvable 125 mg/5ml, 250mg/5ml, 500mg/5ml | <p>Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK. Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008)</p> <p>Association à l'allopurinol : augmentation du risque de réaction cutanée</p> | <p>Adaptation selon schéma posologique de référence chez le sujet normo-rénal</p> <p>DFG >30 ml/min : pas d'adaptation</p> <p>Adaptation pour DFG < 30 ml/min</p> <p>1ère administration à posologie usuelle (dose de charge) Posologie de référence = 1 g/8h, adaptation = 500 mg/8h Posologie de référence = 1 g/12h, adaptation = 500 mg/12h</p> <p>Adaptation pour DFG < 10 ml/min :</p> <p>1ère administration à posologie usuelle (dose de charge) Posologie de référence = 1 g/8h adaptation = 750 mg/24h Posologie de référence = 1 g/12h, adaptation = 500 mg/24h</p> | | <p>Administration pendant ou en dehors du repas</p> <p>Avaler directement le comprimé avec un verre d'eau ou dissoudre le comprimé dans un demi-verre d'eau avant administration</p> |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---|-----------|---|---|--|--------------------------|---|
| AMOXICILLINE ET INHIBITEUR DE BETA-LACTAMASE | AUGMENTIN 1 g/125 mg, adulte, pdr pr susp buv, sachet |  | | Pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioCLIC) | Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK. Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008) | Adaptation en fonction de la dose d'amoxicilline uniquement : DFG >30 ml/min : pas d'adaptation Adaptation pour DFG < 30 ml/min 1ère administration à posologie usuelle (dose de charge) Posologie de référence = 1 g/8h, adaptation = 500 mg/8h Posologie de référence = 1 g/12h, adaptation = 500 mg/12h Adaptation pour DFG < 10 ml/min 1ère administration à posologie usuelle (dose de charge) Posologie de référence = 1 g/8h adaptation = 750 mg/24h Posologie de référence = 1 g/12h, adaptation = 500 mg/24h | | Administration au cours du repas Dissoudre le sachet dans un demi-verre d'eau |
| PIVMECILLINAM | SELEXID 200 mg, cpr |  | | Vigilance : pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioCLIC) | Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK. Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008) | Adaptation à la fonction rénale : Dose de charge systématique de 400mg puis Si DFG < 30 ml/min : 200 mg 2 à 3 fois par jour Si DFG < 15 ml/min : 200 mg 1 fois par jour | | A prendre pendant les repas, en position debout ou assise et ne pas s'allonger ≥ 30 min après la prise pour limiter le risque d'ulcération de l'œsophage Goût amer, soluble dans un verre d'eau après écrasement |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|--|-----------|--|---|---|--------------------------|--|
| BETA-LACTAMINES : CEPHALOSPORINES | | | | | | | | |
| CEFTRIAXONE | CEFTRIAXONE 1 g MYLAN, pdr pr sol[in] | | | <p>Pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioCLIC)</p> <p>Vigilance : 2 conditionnements de ceftriaxone. Poudre à reconstituer 1g et poudre 1g avec solvant à base de lidocaïne</p> <p>La lidocaïne ne doit pas être injectée en IV</p> | Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK. Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008) | Pas d'adaptation car risque d'inefficacité. Surveillance renforcée de la survenue des effets indésirables notamment neurologiques | | <p>Voie IM ou SC en l'absence d'abord veineux. IM/SC : 1 g max par site d'injection</p> <p>Pour des doses > 2g : Voie IV</p> <p>Conservation 6h à 25°C après reconstitution</p> <p>Ne pas reconstituer ou mélanger avec une solution contenant du calcium</p> |
| MACROLIDES ET LINCOSAMIDES | | | | | | | | |
| CLINDAMYCINE | CLINDAMYCINE 300 mg MYLAN, gélule |  | | <p>Pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioCLIC)</p> <p>Autres dosages : 75 mg et 150 mg</p> | <p>Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK. Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008)</p> <p>A prendre à distance (\geq 2h), des antiacides qui peuvent diminuer l'absorption et l'efficacité</p> <p>Substrat du CYP 3A4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Association à un inhibiteur du CYP3A4 (ex : inhibiteurs de protéase, amiodarone etc. ...), risque de surdosage - Association à un inducteur du CYP3A4 : risque de sous-dosage (ex : Millepertuis) <p>Tacrolimus ou ciclosporine : contrôle renforcé des dosages sanguins des Immunosuppresseurs, car risque de perte d'activité immunosuppressive (diminution des concentrations sanguines)</p> | Pas d'adaptation nécessaire | CIA 1 | Goût modifié (métallique ou amer dans la bouche) |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|-------------------------------------|---|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| PRISTINAMYCINE | PYOSTACINE 500 mg, cpr |  | | Vigilance : pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic) Autre-dosage : 250 mg | Contre-indication absolue avec la colchicine Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008) | Pas d'adaptation nécessaire | | Peut être écrasé dans un peu de lait ou un aliment sucré (confiture). A prendre pendant les repas Remarque : utilisation difficile chez le sujet âgé du fait du nombre et de la taille des comprimés à avaler |
| ROXITHROMYCINE | ROXITHROMYCINE 150 mg ARROW, cpr |  | | Pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic) Indication similaire à l'azithromycine dans les exacerbations de BPCO, sans risque cardiaque Autres dosages : 50 mg et 100 mg Alternative : cpr pour suspension buvable de 50mg | Tout antibiothérapie est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK. Contrôle de l'INR 3 jours après l'instauration du traitement et 3 jours après son arrêt Contre-indication absolue avec la colchicine Association déconseillée : médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe (amiodarone, citalopram, escitalopram, sotalol) Précaution d'emploi : Digoxine (risque d'hyper-digoxinémie) Statines (majoration des EI) | Pas d'adaptation nécessaire | | Administration de préférence avant les repas |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|---|---|--|---|--------------------------|---|
| QUINOLONES ANTIBACTERIENNES | | | | | | | | |
| CIPROFLOXACINE | CIPROFLOXACINE 500 mg ARROW, cpr séc |  |  | <p>Réservé à certaines infections bactériennes pour lesquelles l'utilisation d'une fluoroquinolone est indispensable! Vigilance : infection documentée uniquement. (= antibiogramme)</p> <p>Nombreux effets indésirables et toxicités, risque de : - tendinopathie majorée si association à une corticothérapie - toxicité neurologique (confusion, convulsion) majorée par l'IR - trouble cardiaque (allongement du QT) Il convient de s'assurer de l'absence de traitement antérieur par fluoroquinolones (< 6 mois).</p> <p>Pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic)</p> <p>Alternative : Granulés pour suspension buvable 500mg/5ml Autres dosages : 250 mg, 750 mg</p> | <p>Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK. Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008)</p> <p>Association déconseillée : médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe (amiodarone, citalopram, escitalopram, sotalol)</p> <p>Vigilance : association avec la clozapine exposant à un risque de surdosage en clozapine pouvant nécessiter une diminution de la posologie</p> <p>Surveillance clinique à renforcer</p> | <p>Fourchette d'adaptation selon l'indication :</p> <p>DFG < 60 ml/min : 500 mg à 750 mg toutes les 12 à 24 h</p> <p>DFG < 30 ml/min : 500 mg à 750 mg / 24 h</p> | | <p>Ne pas administrer avec des produits laitiers ou des boissons enrichies en calcium</p> <p>Goût amer</p> <p>Si broyage, administration possible par SNG</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|---|--|---|---|--------------------------|---|
| LEVOFLOXACINE | LEVOFLOXACINE 500 mg ARROW LAB, cpr séc |  |  | <p>Réservé à certaines infections bactériennes pour lesquelles l'utilisation d'une fluoroquinolone est indispensable!</p> <p>Vigilance : infection documentée uniquement (= antibiogramme)</p> <p>Nombreux effets indésirables et toxicités, risque de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tendinopathie majorée si association à une corticothérapie - toxicité neurologique (confusion, convulsion) majorée par l'IR - trouble cardiaque (allongement du QT) <p>Il convient de s'assurer de l'absence de traitement antérieur par fluoroquinolones (< 6 mois)</p> <p>Abaisse le seuil épileptogène, photosensibilisant</p> <p>Pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioCLIC)</p> | <p>Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK</p> <p>Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008)</p> <p>Association déconseillée : médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe (amiodarone, citalopram, escitalopram, sotalol)</p> | <p>Fourchette d'adaptation selon indication :</p> <p>DFG < 60 ml/min : Dose de charge = 500 mg puis 250 mg toutes les 12 à 24h</p> <p>DFG < 30 ml/min : 500 mg à 750 mg / 24h</p> | | <p>A prendre à distance (\geq 2h) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption et l'efficacité</p> <p>Goût amer, photosensible</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|-------------------------------------|---|---|--|--|---|--------------------------|---|
| OFLOXACINE | OFLOXACINE 200 mg ARROW, cpr séc |  |  | <p>Réservé à certaines infections bactériennes pour lesquelles l'utilisation d'une fluoroquinolone est indispensable!</p> <p>Vigilance : infection documentée uniquement. (= antibiogramme)</p> <p>Nombreux effets indésirables et toxicités, risque de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tendinopathie majorée si association à une corticothérapie - toxicité neurologique (confusion, convulsion) majorée par l'IR - trouble cardiaque (allongement du QT) <p>Réservé à certaines infections bactériennes pour lesquelles l'utilisation d'une fluoroquinolone est indispensable!</p> <p>Vigilance : pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioCLIC)</p> | <p>Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK. Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008)</p> <p>Association déconseillée : médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe (amiodarone, citalopram, escitalopram, sotalol)</p> | <p>Adaptation selon schéma posologique de référence chez le sujet normo-rénal</p> <p>DFG < 50 ml/min</p> <p>Posologie de référence 200 mg toutes les 8h ==> adaptation = 100 mg toutes les 8h</p> <p>Posologie de référence 200 mg toutes les 12h ==> adaptation = 200 mg toutes les 24h</p> <p>Posologie de référence 400 mg toutes les 12h ==> adaptation = 400 mg toutes les 24h</p> <p>DFG < 20 ml/min</p> <p>Posologie de référence 200 mg toutes les 8h ==> adaptation = 150 mg toutes les 24h</p> <p>Posologie de référence 200 mg toutes les 12h ==> adaptation = 200 mg toutes les 48h</p> <p>Posologie de référence 400 mg toutes les 12h ==> adaptation = 200 mg toutes les 24h ou 400 mg toutes les 48h</p> | | <p>A prendre à distance (\geq 2h) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption et l'efficacité</p> <p>Goût amer, photosensible, et sensible à l'humidité</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|-----------|---|--|--|-----------------------------|---|
| SULFAMIDES ET TRIMETHOPRIME | | | | | | | | |
| SULFAMETHOXAZOLE ET TRIMETHOPRIME | BACTRIM FORTE, cpr |  | | <p>Altération du métabolisme de l'acide folique.</p> <p>Sujet âgé: Accident hématologique et cutané plus fréquent, 10 jours de traitement maximum recommandés</p> <p>Nécessite des apports hydriques suffisant (2L par jour)</p> <p>Médicament photosensibilisant</p> <p>Autres dosages : 400/80 mg Alternative : Solution buvable (40mg/ml+ 8mg/ml)</p> | <p>Contre-indication : Methotrexate</p> <p>Association déconseillée : médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe (amiodarone, citalopram, escitalopram, sotalol)</p> <p>AVK (warfarine) -contrôle de l'INR 3 jours après l'instauration du traitement et 3 jours après son arrêt.</p> <p>Précaution d'emploi: Metformine</p> <p>Vigilance : Médicament hyperkaliémiant</p> | <p>DFG < 30 ml/min : 800/160 mg/24h DFG < 15 ml/min : 800/160 mg/48h</p> | | Administration au cours du repas |
| FOSFOMYCINE | | | | | | | | |
| FOSFOMYCINE | FOSFOMYCINE 3 g ARROW, ad, granulés, pr sol buv, sachet | | | <p>Vigilance : pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic)</p> | <p>Tout contexte inflammatoire et infectieux est susceptible de modifier l'INR lors de la prise d'AVK</p> <p>Contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement recommandé par la HAS (2008)</p> | <p>Non recommandé si DFG < 10ml/min</p> | | <p>Prise au coucher, 2 à 3 heures après le repas, vessie vide</p> <p>A dissoudre dans un verre d'eau, puis administration immédiate</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|-----------|--|--|---------------------------------|---|---------------------------------------|
| VACCINS | | | | | | | | |
| | Vaccins disponibles | Vigilance et remarque | | | Recommandations Vaccinales | | Fréquence de rappel | |
| PNEUMOCOQUES | PNEUMOVAX®, PREVENAR® | Toujours se référer aux recommandations vaccinales en vigueur Consulter le calendrier annuel édité par le ministère de la santé Administration possible en même temps qu'un vaccin antigrippal en variant les sites d'injections | | | Tous les patients âgés de plus de 65 ans immunodéprimés, ainsi que les patients à risque du fait d'une pathologie chronique (cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique, diabète) doivent être vaccinés : - Adulte non vacciné : une dose de Prevenar®, puis une dose de Pneumovax - Adulte vacciné depuis plus d'un an avec le Pneumovax® : une dose de Prevenar 13, et une dose de Pneumovax® en respectant un délai de 5 ans après la dernière injection de Pneumovax® - Adulte ayant reçu antérieurement la séquence Prevenar®-Pneumovax® : une dose de Pneumovax® en respectant un délai de 5 ans après la dernière injection de Pneumovax®. | | Pneumovax® tous les 5 ans | |
| GRIPPE | FLUARIX TETRA®, VAXIGRIP TETRA®, INFLUVAC TETRA®, EFLUELDA® | Remarque : EFLUELDA® recommandé par la SFSG du fait d'une meilleure efficacité lors des essais cliniques Réaction de type fièvre, réaction au point d'injection plus fréquente, pas de différence concernant les EI graves par rapport aux vaccins moins dosés | | | Vaccination annuelle de l'ensemble des patients âgés de plus de 65ans | | Tous les ans pour toutes les personnes de 65 ans et plus | |
| COVID-19 | COMIRNATY®, SPIKEVAX®, NOVAVAX®, VirdPreVyn Beta® | | | | Rappel de vaccin recommandé pour les patients âgés de 60 ans et plus. Une dose de rappel est recommandée deux fois par an, au printemps et à l'automne, pour : - Les patients âgés de 80 ans et plus ; - Les résidents d'EHPAD et USLD ; - Les patients immunodéprimés Administration possible en même temps qu'un vaccin antigrippal en variant les sites d'injection | | Le délai à respecter après la dernière injection ou infection est de 6 mois (<i>HAS février 2023</i>) ; se référer aux recommandations officielles en vigueur | |
| ZONA | ZOSTAVAX® | Administration possible en même temps qu'un vaccin antigrippal en variant les sites d'injections Vigilance : Vaccin vivant atténué : Contre-indication en cas de traitement immunosuppresseur y compris corticothérapie haute dose | | | Recommandé pour l'ensemble des adultes de 65 à 74 ans en une dose unique, qu'ils aient ou non contracté précédemment la maladie <i>A venir - un vaccin adapté au sujet > 75 ans</i> | | Dose unique | |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---------------------------------------|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| DIPHTERIE/TETANOS/POLIO MYELITIS/COQUELUCHE | REPEVAX®, BOOSTRIX/TETRA® | | | Administration possible en même temps que d'autres vaccins en variant les sites d'injections | Rappel tous les dix ans recommandé après 65 ans | | | Tous les 10 ans |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|



CLASSE ATC M : SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

Les MPI devant être évités chez les personnes âgées de 75 ans et plus¹, concernant la classe ATC M (MUSCLE ET SQUELETTE) :



- Les AINS (kétoprofène, diclofénac etc...) sont à éviter chez le sujet âgé du fait d'effets indésirables digestifs, rénaux, et cardiovasculaires. En cas de nécessité, prescription la plus courte possible associée à un IPP chez le sujet de plus de 65 ans uniquement. L'IPP doit avoir la même fin de prescription que l'AINS.



¹ répertoriés dans la liste de Laroche ML version 2021, le guide PAPA 2022 et/ou la liste des médicaments à éviter de Prescrire.


ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STEROIDIENS

| | | | | | | | | |
|-------------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| IBUPROFENE | IBUPROFENE 200 mg ARROW, cpr |  |  | AINS non recommandé chez le sujet âgé Si nécessaire, durée de prescription la plus courte possible (Cf. encart introductif) Co-prescription d'un IPP (age > 65 ans) , avec date de fin identique à l'AINS Alternative : comprimé orodispersible, granulé pour suspension buvable | Association déconseillée - avec tout médicament modifiant la coagulation (aspirine, AVK, AOD, héparine) - lithium (risque de surdosage) | Toxicité rénale possible même à posologie adaptée Pas de traitement au long cours DFG < 30 ml/min : Contre-indication | | à avaler entier sans mâcher, écraser ou sucer les comprimés Goût amer, irritant pour la gorge |
|-------------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|

ANTISPASMODIQUES

| | | | | | | | | |
|------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|--|--------------|--|
| BACLOFENE | BACLOFENE 10 mg ZENTIVA, cpr séc |  |  | indication pour contracture spastique post AVC notamment Nombreux effets indésirables nécessitant une prescription prudente. L'initiation et l'arrêt doivent être progressifs, risque de syndrome de sevrage grave | Association déconseillée: Alcool Précaution d'emploi : anti-hypertenseurs (majoration du risque d'hypotension) | DFG < 90 ml/min : Initiation 5 mg/12h puis augmentation progressive DFG < 60 ml/min : initiation 2,5 mg/8h puis augmentation progressive DFG < 30 ml/min : initiation 2,5 mg/12h puis augmentation progressive DFG < 15 ml/min : non recommandé | CIA 2 | Administration au cours d'un repas avec un verre d'eau |
|------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|--|--------------|--|

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|-----------|--|--|--|--------------------------|--|
| MEDICAMENTS DE LA GOUTTE | | | | | | | | |
| ALLOPURINOL | ALLOPURINOL 100 mg ARROW, cpr |  | | <p>Vigilance : une éruption cutanée sous allopurinol doit évoquer une toxidermie nécessitant l'interruption du traitement</p> <p>Fréquence accrue chez les patients d'origine chinoise Han, thaï ou coréenne</p> <p>Chez ces patients : dépistage de l'allèle HLA-B*5801 fortement recommandé</p> <p>Posologie à ajuster selon la cible de l'uricémie (> 15,2 mg/L)</p> <p>Ne pas initier lors de la crise</p> <p>Autres dosages disponibles : 200 mg, 300 mg</p> | <p>Contre-indication : Antipurines (azathioprine, mercaptopurine)</p> <p>Précaution d'emploi : risque hémorragique avec la warfarine et les AVK pouvant nécessiter des adaptations posologiques</p> | <p>DFG < 80 ml/min : - maximum 200mg/24 h</p> <p>DFG < 40 ml/min : - maximum 100 mg/24h</p> <p>DFG < 20 ml/min : - maximum 100 mg/48h</p> | | <p>Voie orale, avaler avec un grand verre d'eau après le repas</p> <p>Si écrasement, dispersion possible dans 10 ml d'eau ; administration immédiate</p> |
| COLCHICINE | COLCHICINE 1 mg OPOCALCIUM, cpr séc |  | | <p>Médicament à marge thérapeutique étroite.</p> <p>Ne pas prescrire le Colchimax[®] : masque la diarrhée, premier signe d'intoxication</p> <p>Contre-indication : insuffisance hépatique sévère</p> <p>Chez le sujet âgé les posologies doivent être diminuées. Initiation prudente au dosage le plus faible</p> <p>En cas de traitement au long cours, surveillance biologique (NFS, plaquette, créat) renforcée pendant le premier mois</p> <p>En cas de diarrhée, la posologie de colchicine doit être réduite ou arrêtée</p> | <p>Substrat du CYP 3A4</p> <p>Contre-indication : macrolides, pristinamycine</p> <p>Association déconseillée : - inhibiteurs du CYP3A4 (surdosage) (antiprotéase du VIH, amiodarone)</p> <p>Précaution d'emploi : - AVK (risque hémorragique) - statines (risque de TMS)</p> | <p>DFG < 60 ml/min : 0,5 à 1mg mg/24h</p> <p>DFG < 30 ml/min : contre-indication</p> | CIA 1 / ACB 1 | Administration possible dans une compote ou un yaourt |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---|-----------|---|--|----------------------------------|--------------------------|--|
| MEDICAMENTS DE L'OSTEOPOROSE | | | | | | | | |
| ALENDRONIQUE ACIDE | FOSAMAX 70 mg, cpr |  | | <p>UNE PRISE PAR SEMAINE</p> <p>Vigilance : nécessite la surveillance de la calcémie avant et pendant le traitement</p> <p>Vigilance : Examen dentaire nécessaire ; s'assurer de la bonne hygiène bucco-dentaire.</p> <p>La pertinence de la prescription doit être réévaluée au bout de 5 ans.</p> <p>Respecter strictement les conditions d'administration</p> <p>Alternative : comprimé effervescent</p> | A prendre à distance de toute alimentation : risque de baisse d'efficacité par diminution de l'absorption, notamment si association au calcium | DFG < 35 ml/min : non recommandé | | <p>Administration avec un grand verre d'eau du robinet (peu minéral), 30 min au moins avant la prise de tout médicament ou aliment</p> <p>Prise debout ou assis (dos droit), après le lever, ne pas s'allonger pendant 30 min</p> <p>Ne pas écraser, croquer, ou laisser dissoudre dans la bouche : risque d'ulcération oropharyngée</p> |
| TOPIQUES POUR DOULEURS ARTICULAIRE ET MUSCULAIRE | | | | | | | | |
| DICLOFENAC | DICLOFENAC 1% ARROW, gel, tube 50 g | | | Traitement d'appoint à utiliser sur une courte durée (maximun 14 jours après avis médical) | Pas d'interaction cliniquement significative | NA | NA | <p>Application en massage doux et prolongé, sur peau intacte et non infectée</p> <p>Lavage des mains après application sauf si la zone traitée se trouve sur la main.</p> <p>Hypersensibilité au soleil</p> |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|

CLASSE ATC N : SYSTÈME NERVEUX


Les MPI devant être évités chez les personnes âgées de 75 ans et plus¹, concernant la classe ATC N (Système Nerveux) :




- Les **Antidépresseurs imipraminiques** (Anafranil® et génériques, Laroxyl®, Ludiomil®, Surmontil®, ...) sont à proscrire en raison de leurs effets anticholinergiques et cardiaques ; préférer les IRS ou IRSN.
- Les traitements antipsychotiques sont à éviter chez le sujet âgé dément, les approches de thérapie comportementale doivent être privilégiées. En cas de nécessité, préférer les ISRS. En dernier recours et après avis spécialisé, préférer la rispéridone et l'aripiprazole, mieux tolérés chez le sujet âgé. Les **Neuroleptiques phénothiaziniques** (Largactil®, Nozinan®, Tercian®, Neuleptil®, ...) augmentent le risque lié aux effets anticholinergiques et exposent les patients à une majoration du risque de cardiotoxicité par allongement du QT.
- Les **Benzodiazépines et apparentés à demi-vie longue** (> 20 heures) (Lexomil®, Valium® etc) sont associés à une augmentation du risque d'effets indésirables avec l'âge (sommolence, chutes ...) ; utiliser des molécules à demi-vie courte (Seresta®) et à dose inférieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune ; ne pas associer deux benzodiazépines.
- Les **Anticholinergiques antiparkinsoniens** (Bipéridène ,Trihexyphénydyle ,Tropatépine) ont des effets anticholinergiques et majorent les troubles de la marche et le risque de chutes.
- Les **Agonistes dopaminergiques** (ex : Trivastal®, Sifrol®, Requip®) : sauf cas particulier, il n'est pas recommandé d'initier après 75 ans un traitement par un agoniste dopaminergique en raison d'un risque accru d'effets indésirables.
- L'**Atarax®** expose fortement à des risques liés aux effets anticholinergiques.
- Pour les antiépileptiques : le **phénobarbital** (Gardenal®) et la **phénytoïne** (Di-hydan®) ont une mauvaise tolérance chez le sujet âgé. Un sevrage **progressif** avec l'avis d'un spécialiste doit être envisagé. Les prescriptions d'anciennes générations d'antiépileptiques (acide Valproïque (Dépakine®), carbamazépine (Tégréto®) etc ...) doivent être réévaluées si possible pour un échange avec une molécule de nouvelle génération apportant une meilleure tolérance. L'augmentation de posologie des antiépileptiques se fera toujours par paliers successifs.
- Les **médicaments anticholinestérasiques** (Donépézil, Rivastigmine) ont un profil de tolérance défavorable (troubles digestifs, psychiques, et cardiaques) : proposer un arrêt progressif avec idéalement l'avis du prescripteur initial.
- Le **Citalopram** et l'**Escitalopram** présentent un risque d'allongement de l'espace QT, de torsades de pointe et de mort subite.
- Le **Nootroopyl®** et le **Gingko biloba®**, dont l'efficacité est discutable, exposent à un risque d'hypotension orthostatique, de chutes et de syncopes.



ANALGESIQUES CENTRAUX NON MORPHINIQUES

| | | | | | | | |
|---------|---|---|---|--|-----------------------------------|--------------|---|
| NEFOPAM | NEFOPAM 20 mg/2 mL VIA TRIS, sol.inj, amp |  | <p>Non recommandé chez le sujet âgé du fait d'effets anticholinergiques et autres effets indésirables de type nausées et convulsions</p> <p>En cas de douleurs résistantes au paracétamol, recours à l'Oramorph possible, voire de l'actiskenan 5 mg</p> <p>Vigilance : Administrer toujours chez un sujet couché Eviter son utilisation dans les douleurs chroniques en raison d'un risque de pharmacodépendance</p> | <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> <p>Ne pas associer à la prise d'alcool</p> | DFG < 30 ml/min : 10 à 60 mg/jour | ACB 2 | <p>L'utilisation par voie orale du NEFOPAM est hors AMM</p> <p>Les administrations se font chez un sujet couché</p> |
|---------|---|---|---|--|-----------------------------------|--------------|---|



ANALGESIQUES OPIOIDES FAIBLES

| | | | | | | | |
|---|------------------|---|--|---|--|--|--|
| PARACETAMOL EN ASSOCIATION SAUF AUX PSYCHOLEPTIQUES | LAMALINE, gélule |  | <p>Opium (= 1 mg de morphine) + 300mg paracétamol + 30 mg caféine</p> <p>La prescription doit être la plus courte possible</p> | <p>contre-indication : buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Association déconseillée : médicaments déprimeurs du SNC (ex : benzodiazépines)</p> | DFG < 10ml/min : intervalle entre les prises de 8h minimum contre 4h chez le sujet normo-rénal | | <p>A prendre avec un grand verre d'eau Eviter la prise en fin de journée</p> |
|---|------------------|---|--|---|--|--|--|





| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|---|---|--|--|--------------------------|--|
| TRAMADOL | CONTRAMAL LP 100 mg, cpr à libération prolongée |  |  | <p>Médicament inadapté au sujet âgé. Rapport bénéfice/risque souvent défavorable.</p> <p>Demi-vie d'élimination prolongée chez les sujets >75 ans.</p> <p>Pas de de prescription au long cours Doit être prescrit avec une date de fin (vigilance aux poursuites de traitement au long cours post chirurgie)</p> <p>Vigilance : Abaissement du seuil épileptogène, risque de trouble de l'audition (hyperacousie)</p> <p>Association moins dosée en tramadol 37,5 mg avec paracétamol 325 mg (Ixprim[®] et génériques) existe aussi</p> | <p>Associations déconseillées : Médicament avec un effet sérotoninergique : autre ISRS (ex sertraline; paroxétine) Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Précaution d'emploi : augmentation de l'effet des AVK nécessitant un suivi renforcé de l'INR</p> | <p>* DFG < 60 ml/min : 50 à 100 mg /12h ; maximum 200 mg/jour * DFG < 15ml/min : 50 à 100 mg/jour</p> <p>Remarque : chez l'IR, l'utilisation de forme LP n'est pas recommandée du fait d'une maniabilité difficile en cas d'apparition d'évènements indésirables</p> | CIA 1 | Goût amer (si ouverture de la gélule) Patients > 75 ans, espacer les prises de 9 heures |
| ANALGESIQUES OPIOIDES FORTS | | | | | | | | |
| FENTANYL | DUROGESIC 12 µg/h, dispositif transdermique | |  | <p>Fentanyl percutané (durée d'action 72h, délai d'action 12h)</p> <p>Indication pour la prise en charge d'une douleur chronique stabilisée ; prescription après titration en équivalent morphinique</p> <p>Vigilance : prise en charge de la constipation systématique avec la prescription d'un laxatif osmotique</p> | <p>Contre-indication : Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> | <p>Initiation selon équi-analgésie ; adaptation selon efficacité et tolérance clinique</p> | CIA 1 / ACB 1 | A coller sur une zone cutanée non irritée et non irradiée (torse ou bras) |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|--|-----------|---|--|---|--------------------------|--|
| MORPHINE | SKENAN LP 10 mg, gélule |  | | <p>Morphine orale à libération prolongée (durée d'action 12h, délai d'action 2h)</p> <p>Principe de prescription : recherche de la dose minimale efficace Chez le sujet âgé titration par paliers de 2,5-5 mg de morphine LI toutes les 4 à 6h</p> <p>Vigilance : prise en charge de la constipation systématique avec la prescription d'un laxatif osmotique</p> <p>Autres dosages disponibles : 10 mg LP, 30 mg LP, 60 mg LP, 100mg LP, 200 mg LP</p> | <p>Contre-indication : Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> | DFG < 30 ml/min, initiation au quart de la dose usuelle ; adaptation selon efficacité clinique et tolérance | CIA 1 | <p>Administration possible avec une alimentation semi-solide (purée, confiture, yaourt). Administration possible dans des sondes gastriques ou de gastrostomie de diamètre supérieur à 16G. Un rinçage pulsé de la sonde avec 30mL d'eau du robinet est recommandé</p> <p>Les micro-granules des gélules ne doivent pas être mâchées ou écrasées (forme LP)</p> |
| MORPHINE | ACTISKENAN 5 mg, gélule |  | | <p>Morphine orale d'action brève (durée d'action 4h, délai d'action 30 min.)</p> <p>Principe de prescription : recherche de la dose minimale efficace Chez le sujet âgé titration par paliers de 2,5-5mg de morphine LI toutes les 4 à 6h</p> <p>Vigilance : prise en charge de la constipation systématique avec la prescription d'un laxatif osmotique</p> <p>Alternative : Actiskenan orodispersible</p> <p>Autres dosages disponibles : en gélule : 10 mg, 20 mg, 30 mg</p> | <p>Contre-indication : Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> | DFG < 30 ml/min, initiation au quart de la dose usuelle ; adaptation selon efficacité clinique et tolérance | CIA 1 | <p>Administration possible avec une alimentation semi-solide (purée, confiture, yaourt), Administration possible dans des sondes gastriques ou de gastrostomie de diamètre supérieur à 16G. Un rinçage pulsé de la sonde avec 30mL d'eau du robinet est recommandé.</p> |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---------|-----------|--|--|---|--------------------------|--|
| MORPHINE | MORPHINE CHLORHYDRATE 10 mg/1 mL AGUETTANT, sol inj, amp | | | <p>Morphine injectable (IV : durée d'action 2-3h, délai d'action 5 min ; SC : durée d'action 3-5h, délai d'action 15 min)</p> <p>Principe de prescription : recherche de la dose minimale efficace et prescrire en mg (#ampoule)</p> <p>Préférer une administration continue plutôt qu'itérative</p> <p>Vigilance : prise en charge de la constipation systématique avec la prescription d'un laxatif osmotique</p> <p>Autres dosages disponibles : 0,1 mg/ml , 1 mg/ml, 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</p> | <p>Contre-indication : Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> | <p>DFG < 30 ml/min, initiation au quart de la dose usuelle ; adaptation selon efficacité clinique et tolérance</p> | CIA 1 | Voie IV ou SC ou à l'aide d'une pompe PCA ; pas en IM |
| MORPHINE | ORAMORPH 10 mg, sol buv, récipient unitdose 5 mL | | | <p>Morphine orale d'action brève (durée d'action 4h, délai d'action 30 min.)</p> <p>Principe de prescription : recherche de la dose minimale efficace</p> <p>Chez le sujet âgé titration par paliers de 2,5-5mg de morphine LI toutes les 4 à 6h</p> <p>Vigilance : prise en charge de la constipation systématique avec la prescription d'un laxatif osmotique</p> <p>Autres dosages disponibles : 30 mg/5ml, 100mg/5ml</p> | <p>Contre-indication : Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> | <p>DFG < 30 ml/min, initiation au quart de la dose usuelle ; adaptation selon efficacité clinique et tolérance</p> | CIA 1 | <p>Peut être mélangé à un aliment semi-solide (purée, confiture, yaourt).</p> <p>Administration possible dans des sondes gastriques ou de gastrostomie de diamètre supérieur à 16G. Un rinçage pulsé de la sonde avec 30mL d'eau du robinet est recommandé</p> |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|-----------|---|--|--|--------------------------|--|
| MORPHINE | ACTISKENAN 1MG, cpr DISP |  | | <p>Morphine orale d'action brève (durée d'action 4h, délai d'action 30 min.)</p> <p>Principe de prescription : recherche de la dose minimale efficace</p> <p>Chez le sujet âgé titration par paliers de 2,5-5 mg de morphine LI toutes les 4 à 6h</p> <p>Vigilance : prise en charge de la constipation systématique avec la prescription d'un laxatif osmotique</p> | <p>Contre-indication : Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> | DFG < 30 ml/min, initiation au quart de la dose usuelle ; adaptation selon efficacité clinique et tolérance | CIA 1 | Soluble rapidement dans la bouche. En cas de troubles de la déglutition, peut être dissous dans un peu d'eau |
| OXYCODONE | OXYCODONE LP 5 mg MYLAN, cpr à libération prolongée |  | | <p>Principe de prescription : recherche de la dose minimale efficace</p> <p>Alternative en cas de mauvaise tolérance de la morphine</p> <p>Chez le sujet âgé initiation à la dose la plus faible de 5mg/12h</p> <p>Vigilance : prise en charge de la constipation systématique avec la prescription d'un laxatif osmotique</p> <p>Risque de dysurie et de rétention urinaire, particulièrement si adénome prostatique</p> | <p>Contre-indication : Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> | Il est recommandé d'initier le traitement à 50 % de la dose usuelle Surveillance des effets indésirables et recherche de la dose minimale efficace | CIA 1 | Comprimé à avaler entier sans être coupé, mâché ou écrasé |




| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|---|---|---|---|--------------------------|---|
| OXYCODONE | OXYNORMORO 5 mg, cpr orodispersible | | | <p>Oxycodone orale d'action brève (durée d'action 4-6h, délai d'action 30 min.)</p> <p>Alternative en cas de mauvaise tolérance de la morphine</p> <p>Principe de prescription : recherche de la dose minimale efficace</p> <p>Chez le sujet âgé initiation à la dose la plus faible de 5mg/6h</p> <p>Vigilance : prise en charge de la constipation systématique avec la prescription d'un laxatif osmotique</p> | <p>Contre-indication : Buprénorphine et tous les morphiniques agonistes-antagonistes</p> <p>Vigilance lors de l'association à tout médicament pouvant entraîner une dépression du SNC (ex : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs)</p> | Il est recommandé d'initier le traitement à 50 % de la dose usuelle Surveillance des effets indésirables et recherche de la dose minimale efficace | CIA 1 | |
| ANALGESIQUES PERIPHERIQUES | | | | | | | | |
| PARACETAMOL | DOLIPRANE 500 mg, gélule [PARACETAMOL] |  | | <p>Chez le sujet âgé, la dose maximale quotidienne à ne pas dépasser est de 3 g/24h. Attention aux autres médicaments contenant du paracétamol.</p> <p>Vigilance particulière sur le suivi du poids du patient</p> <p>Apport en sel des formes effervescentes (0,4 g de sel par comprimé). Ne pas utiliser la forme effervescente chez l'insuffisant cardiaque</p> <p>Alternative : Suppositoire</p> | <p>Remarque : pas d'interaction significative si respect des posologies</p> <p>Remarque : association avec des inducteurs enzymatiques puissants déconseillée au long cours (risque de toxicité hépatique)</p> | Maximum 3 g/24h, sans dépasser 1 g/8h. | | <p>Goût amer</p> <p>Ecrasement ou ouverture des gélules déconseillés</p> |
| ANTIDEPRESSEURS : ISRS | | | | | | | | |
| ESCITALOPRAM | ESCITALOPRAM 10 mg ARROW LAB, cpr séc |  |  | <p>Préférer la sertraline qui a un meilleur profil de tolérance chez le SA</p> <p>Chez le sujet âgé la posologie recommandée est de 10mg/jour</p> <p>Vigilance : Les ISRS exposent à un risque de SIADH pouvant entraîner une hyponatrémie. Risque de syndrome de discontinuation en cas d'arrêt brutal</p> <p>Alternative : Solution buvable en goutte (Séroplex[®] solution buvable)</p> | <p>Contre-Indication avec tout médicament susceptible d'allonger l'espace QT avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'amiodarone - la dompéridone - le sotalol <p>Risque de surdosage en AVK, le contrôle de l'INR doit être renforcé lors des changements de posologie</p> | Pas d'adaptation nécessaire ; initier le traitement à la dose minimale efficace puis à adapter selon efficacité et tolérance clinique | | <p>Administration en une prise journalière, pendant ou en dehors des repas</p> <p>Absorption non modifiée par la prise alimentaire</p> <p>Goût amer</p> |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---|---|---|--|--|--------------------------|---|
| CITALOPRAM | CITALOPRAM 20 mg ARROW, cpr séc |  |  | <p>Préférer la sertraline qui a un meilleur profil de tolérance chez le SA</p> <p>Chez le sujet âgé la posologie maximale recommandée est de 20mg/jour</p> <p>Vigilance : risque de SIADH sous ISRS. Contrôle de la natrémie à renforcer; vigilance accrue si association à un diurétique. Risque de syndrome de discontinuation en cas d'arrêt brutal</p> <p>Alternative : solution buvable (Seropram ® solution buvable)</p> <p>ATTENTION : la solution buvable a une biodisponibilité supérieure : un comprimé de 10 mg = 8 mg de solution buvable</p> | <p>Contre-Indication avec tout médicament susceptible d'allonger l'espace QT avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'amiodarone - la dompéridone - le sotalol <p>Risque de surdosage en AVK, le contrôle de l'INR doit être renforcé lors des changements de posologie.</p> | <p>Pas d'adaptation nécessaire</p> <p>DFG < 30 ml/min : surveillance clinique recommandée</p> | CIA 1 | <p>Administration en une prise journalière, pendant ou en dehors des repas</p> <p>Absorption non modifiée par la prise alimentaire</p> <p>Goût amer</p> |
| PAROXETINE | PAROXETINE 20 mg ARROW, cpr séc |  |  | <p>Vigilance : Risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal : sevrage par paliers de 10mg/semaine recommandé</p> <p>Vigilance : les ISRS exposent à un risque de SIAHD : le contrôle de la natrémie doit être renforcé</p> <p>Alternative : Solution buvable pour mise en place du sevrage</p> | <p>Association déconseillée :</p> <p>Médicaments avec un effet sérotoninergique : (autres ISRS (ex Sertraline), Tramadol)</p> <p>Médicaments allongeant l'espace QT (Amiodarone, Sotalol, Citalopram, Escitalopram)</p> <p>Médicaments exposant à un risque hémorragique (AOD, AVK)</p> | <p>DFG < 60ml/min, initiation du traitement à 10 mg/jour</p> | CIA 2 / ACB 3 | <p>Prise le matin en une prise au cours du repas</p> <p>Mauvais goût</p> <p>Photosensible</p> |




| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|---|---|--|---|--------------------------|--|
| SERTRALINE | SERTRALINE 50 mg ARROW LAB, gélule |  | | <p>Antidépresseur de choix chez le SA</p> <p>Vigilance : risque de SIADH sous ISRS. Contrôle de la natrémie à renforcer, vigilance accrue si association à un diurétique</p> <p>Vigilance : risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal ; diminution par paliers à adapter selon la réponse clinique</p> <p>Dosages : 25 et 50 mg</p> | <p>Association déconseillée :</p> <p>Médicaments avec un effet sérotoninergique : (autres ISRS (ex Paroxétine), Tramadol)</p> <p>Inducteurs enzymatiques puissants (ex : Carbamazépine)</p> <p>Jus de Pamplemousse</p> <p>Médicaments exposant à un risque hémorragique (AOD, AVK)</p> | <p>Pas d'adaptation nécessaire ;</p> <p>En l'absence de données, ne pas dépasser 100 mg/jour en cas d'hémodialyse</p> | CIA 1 | Une fois par jour matin ou soir au moment d'un repas |
| VENLAFAXINE | VENLAFAXINE LP 75 mg ARROW GÉNÉRIQUES, gélule à libération prolongée |  |  | <p>Pas en première intention : peut induire une HTA dose dépendante</p> <p>Vigilance : risque de syndrome de discontinuation (inconfort) en cas d'arrêt brutal ; diminution par paliers à adapter selon la réponse clinique</p> <p>Vigilance : les ISRS exposent à un risque de SIAHD; le contrôle de la natrémie doit être renforcé</p> <p>Ouvrable selon le Laboratoire</p> <p>Autre dosage disponible : LP 37,5 mg</p> | <p>Association déconseillée :</p> <p>Médicaments avec un effet sérotoninergique (autres ISRS (ex Paroxétine), Tramadol)</p> <p>Médicaments allongeant l'espace QT (Amiodarone, Sotalol, Citalopram, Escitalopram)</p> <p>Précaution d'emploi : Warfarine (risque de surdosage)</p> | <p>DFG < 30 ml/min : diminution de la posologie de 50 %</p> <p>Initiation : 37,5 mg 1 jour sur 2</p> <p>posologie maximale : 187,5 mg/jour</p> | | Prendre au cours du repas, à heure fixe, avec un peu de liquide |
| ANTIDÉPRESSEURS SEDATIFS | | | | | | | | |
| MIRTAZAPINE | MIRTAZAPINE 15 mg BLUEFISH, cpr orodispersible |  | | <p>Titration par paliers de 15mg</p> | <p>Substrat du CYP 3A4.</p> <p>Pas de contre-indication. La posologie de mirtazapine devra être adaptée à la réponse clinique selon que le médicament est administré avec un inhibiteur ou un inducteur enzymatique du CYP3A4 (ex : kétoconazole (inhib) ou dexaméthasone (ind))</p> | <p>DFG < 40ml/min, la posologie doit être diminuée de moitié</p> | CIA 1 | Prise le soir, Désagrégation rapide permettant une administration sans eau |




| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|--|-----------|---|--|---|--------------------------|--|
| ANTIDEPRESSEURS SEDATIFS ET ANXIOLYTIQUES | | | | | | | | |
| MIANSERINE | MIANSERINE 10 mg ARROW, cpr | | | <p>Pas d'indication dans l'insomnie primaire</p> <p>Administration lors du coucher ; ne pas se lever après la prise, risque d'hypotension orthostatique majeure.</p> <p>Chez le sujet âgé, initiation recommandée à demi-dose</p> <p>Vigilance : rares cas d'agranulocytose.</p> <p>Autres dosages disponibles : 10 mg, 30 mg, 60 mg</p> <p>Ecrasable selon le laboratoire</p> | <p>Eviter la prise d'alcool</p> <p>Précaution d'emploi avec tout médicament entraînant une dépression du SNC (Benzodiazépines)</p> | <p>En l'absence de données, initier le traitement à la dose minimale recommandée</p> | | <p>Prise au coucher</p> <p>Ecrasement possible si nécessaire; administration immédiate.</p> <p>Effet anesthésiant sur la langue</p> <p>Photosensible</p> |
| ANTIEPILEPTIQUES | | | | | | | | |
| LAMOTRIGINE | LAMOTRIGINE 25 mg ARROW LAB, cpr dispersible ou à croquer |  | | <p>Posologie d'initiation progressive, ne pas mettre en place en situation d'urgence</p> <p>Remarque : Réduction de 50 % des posologies d'initiation et d'entretien chez les patients ayant une insuffisance hépatique modérée (Child-Pugh de grade B) et de 75 % chez les insuffisants hépatiques sévères (Child-Pugh de grade C)</p> <p>Vigilance : risque de syndrome de toxidermie (type syndrome de Lyell)</p> | <p>Certaines associations médicamenteuses sont susceptibles de modifier la pharmacocinétique de la lamotrigine</p> <p>Pour connaître les adaptations posologiques suite à l'introduction d'un nouveau traitement, consulter le RCP</p> | <p>Pas d'adaptation nécessaire. Lors de l'instauration, les paliers entre chaque dose doivent se faire à la posologie minimale possible</p> | | <p>Arrêt du traitement si apparition de toxidermie</p> |





| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|-----------|--|--|---|--------------------------|--|
| LEVETIRACETAM | LEVETIRACETAM 500 mg MYLAN PHARMA, cpr |  | | <p>Vigilance : apparition possible de troubles de l'humeur incluant irritabilité et agressivité pouvant demander une réduction ou un arrêt du traitement</p> <p>ATTENTION : En cas d'arrêt de traitement, se référer à la rubrique arrêt de traitement du RCP</p> <p>Diminution de dose à adapter selon le poids</p> <p>Autres dosages disponibles : 250 mg, 1000 mg</p> <p>Alternative : Solution buvable</p> | Pas d'interaction cliniquement significative | <p>DFG < 80 ml/min : 500 à 1000 mg toutes les 12h</p> <p>DFG < 50 ml/min : 250 à 750 mg toutes les 24h</p> <p>DFG < 30 ml/min : 250 à 500 mg toutes les 48h</p> | | A prendre avec un grand verre d'eau au cours ou en dehors du repas |
| ANTIPILEPTIQUES - ANXIOLYTIQUES - DOULEURS NEUROPATHIQUES | | | | | | | | |
| PREGABALINE | PREGABALINE 25 mg MYLAN, gélule |  | | <p>Indication dans les douleurs neuropathiques notamment d'origine diabétique et les troubles anxieux généralisés</p> <p>Vigilance : sédation et majoration du risque de chute chez le sujet âgé</p> <p>Vigilance : majore le risque de constipation si association avec un opioïde</p> <p>Posologie d'instauration progressive</p> <p>Autres dosages disponibles : 25mg, 50mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg</p> <p>Alternative : Solution Buvable</p> | Association déconseillée : Opioïdes, risque de majoration de dépression du SNC | <p>DFG < 60 ml/min</p> <p>- En initiation : 75 mg jour en 2 ou 3 prises</p> <p>- Posologie maximale : 300 mg/jour</p> <p>DFG < 30 ml/min</p> <p>- En initiation : 25 à 50 mg jour en 1 à 2 prises</p> <p>- Posologie maximale : 150 mg/jour</p> | | Goût amer, administration possible après ouverture dans de l'eau, un jus de fruits ou une compote/yaourt |




| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---------------------------------------|---|---|---|--|---|--------------------------|---|
| ANTIPILEPTIQUES - DOULEURS NEUROPATHIQUES | | | | | | | | |
| GABAPENTINE | GABAPENTINE 100 mg EG LABO. gélule |  | | La prescription nécessite une titration initiale selon le schéma suivant: - J1 : 300 mg 1 fois par jour - J2 : 300 mg 2 fois par jour - J3 : 300 mg 3 fois par jour Puis à adapter selon efficacité clinique et tolérance Autres dosages disponibles : 100mg, 300 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg | Association avec les dérivés morphiniques : majoration du risque de dépression du SNC | DFG < 60 ml/min : 200 à 700 mg toutes les 12h DFG < 30 ml/min : 200 à 700 mg toutes les 24h DFG < 15 ml/min : 100 à 300 mg toutes les 48h | | Prise pendant ou en dehors du repas avec un grand verre d'eau |
| ANTIMYASTHENIQUES | | | | | | | | |
| PYRIDOSTIGMINE | MESTINON 60 mg. cpr |  |  | Indication : myasthénie ou atonie intestinale ; ne constitue pas un traitement de la constipation Prescription de dernière ligne avec avis de spécialiste Contre-indication dans l'asthme et dans la maladie de Parkinson | Précaution d'emploi : bêta-bloquants, médicaments donnant des torsades de pointe (amiodarone, sotalol) | DFG < 60 ml/min : initiation à 60 mg/jour puis augmentation selon efficacité et tolérance | | Prise avec un verre d'eau |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---|-----------|--|--|--|--------------------------|---|
| ANTIPARKINSONIENS | | | | | | | | |
| LEVODOPA ET INHIBITEUR DE LA DECARBOXYLASE | LEVODOPA CARBIDOPA 100 mg/10 mg TEVA, cpr séc |  | | <p>Vigilance : Respecter les horaires de prises</p> <p>Vigilance : expose à un risque du trouble des pulsions (hypersexualité, achats compulsifs, troubles du comportement alimentaire) pouvant demander une adaptation du traitement</p> <p>Vigilance : risque d'hypotension orthostatique</p> <p>En cas d'évolution de la maladie, l'ajout d'entacapone doit être évalué par un spécialiste</p> <p>Autres dosages disponibles : 250mg/25mg , LP 100 mg/25mg, LP 200mg/50mg</p> | <p>Contre-indication : neuroleptiques, antiémétiques (métoclopramine, métopimazine); utilisation possible de la dompéridone</p> <p>Association déconseillée : neuroleptiques à l'exception de la clozapine</p> | <p>Pas d'adaptation nécessaire</p> <p>Initiation à la dose la plus faible possible pour éviter un pic toxique et l'accumulation des métabolites de la Lévodopa</p> | CIA 1 | Prendre en fin de repas avec un peu de nourriture |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|--|--|--|---|---|--------------------------|---|
| LEVODOPA ET INHIBITEUR DE LA DECARBOXYLASE | MODOPAR 62,5, 50 mg/12,5 mg, gélule |  | | <p>Vigilance : Respecter les horaires de prises</p> <p>Vigilance : expose à un risque du trouble des pulsions (hypersexualité, achats compulsifs, troubles du comportement alimentaire) pouvant demander une adaptation du traitement</p> <p>Vigilance : Risque d'hypotension orthostatique</p> <p>En cas d'évolution de la maladie, l'ajout d'entacapone doit être évalué par un spécialiste</p> <p>Autres dosages disponibles : 125, 125 LP, 250</p> <p>Alternative : forme orodispersible 125</p> | <p>Contre-indication : neuroleptiques, antiémétiques (métoclopramide, métopimazine); utilisation possible de la dompéridone</p> <p>Association déconseillée : neuroleptiques à l'exception de la clozapine.</p> | <p>Pas d'adaptation nécessaire</p> <p>Initiation à la dose la plus faible possible pour éviter un pic toxique et l'accumulation des métabolites de la Lévodopa</p> | CIA 1 | A prendre 30 min avant le repas, ou 2 h après la dernière prise alimentaire |
| ANTIPSYCHOTIQUES | | | | | | | | |
| RISPERIDONE | RISPERIDONE 1 mg MYLAN PHARMA, cpr séc |  |  | <p>Molécule de choix si le recours à un antipsychotique est nécessaire.</p> <p>Vigilance : hypotension orthostatique</p> <p>Titration performante à l'aide des différents dosages disponibles. La solution buvable est adaptée au patient de faible poids</p> <p>Autres dosages disponibles : 0,5 mg, 1mg, 2mg, 4mg</p> <p>Alternative : Solution buvable, comprimé orodispersible</p> | <p>Métabolisé par le CYP2D6 : risque de surdosage si association avec des inhibiteurs puissants (ex : amiodarone, paroxétine)</p> | <p>Diminution des doses initiales de 50% par rapport au sujet normo-rénal; augmentation posologique lente adaptée à la tolérance et à l'efficacité</p> <p>Posologie maximale de 2 à 6 mg par jour</p> | CIA 1 / ACB 1 | Prise possible pendant ou en dehors du repas |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---|---|--|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| ANXIOLYTIQUES | | | | | | | | |
| OXAZEPAM | SERESTA 10 mg, cpr |  |  | <p>Le Seresta ® 10 mg n'est pas sécable</p> <p>Vigilance : Sédatif exposant à un risque de chute. se référer à la fiche en annexe ou cliquer ici</p> <p>Vigilance : BZD déconseillées chez les patients avec antécédents de crise aiguë de glaucome par fermeture de l'angle non suivie d'une intervention préventive Prescription la plus courte possible à réévaluer fréquemment. A déprescrire si identification de mésusages (durée de prescription > 3 mois sans justification)</p> <p>En cas de troubles du sommeil, privilégier les mesures hygiéno-diététiques ; travailler sur l'accompagnement au coucher (éviter le coucher trop tôt, éviter les écrans, adapter la luminosité, ...)</p> <p>Autres dosages disponibles : 50mg</p> <p>Alternative : BZD à demi-vie plus courte : Veratran ® BZD à demi-vie plus longue : Alprazolam</p> | <p>Association déconseillée : prise d'alcool</p> <p>Vigilance : association avec tout médicament dépresseur du SNC</p> | Pas d'adaptation nécessaire | CIA 1 | |
| HYPNOTIQUES | | | | | | | | |
| MELATONINE | CIRCADIN 2 mg, cpr à libération prolongée |  | | <p>En complément des mesures hygiéno-diététiques associées au sommeil : travailler sur l'accompagnement au coucher</p> <p>Mélatonine : Possible préparation magistrale - Non remboursé dans la démence à corps de lewy</p> | <p>Ne pas associer aux benzodiazépines et apparentés</p> <p>Eviter la prise d'alcool</p> | Aucune adaptation nécessaire | | <p>Ne pas écraser ni mâcher les comprimés</p> <p>A prendre au plus près du coucher</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---|---|--|---|--|--------------------------|---|
| ZOPICLONE | ZOPICLONE 3,75 mg ARROW LAB, cpr |  |  | Chez le sujet âgé, la posologie recommandée est de 3,75 mg En cas de troubles du sommeil, privilégier les mesures hygiéno-diététiques; travailler sur l'accompagnement au coucher (éviter le coucher trop tôt, éviter les écrans, adapter la luminosité, renforcement de l'activité physique) | Eviter l'association à tout médicament dépresseur du SNC (ex : benzodiazépines, opioïdes etc. ...) Eviter la prise d'alcool | DFG < 60 ml/min: initiation à 3,75 mg | | Doit être avalé sans être sucé, mâché ou coupé Goût amer et photosensible A prendre au plus près du coucher |
| NEUROLEPTIQUES | | | | | | | | |
| CLOZAPINE | CLOZAPINE 25 mg ARROW, cpr séc |  |  | Indication pour les psychoses chez les patients atteints de la maladie de Parkinson en deuxième intention Initiation de traitement à posologie faible (12,5 mg à J1); augmentation par paliers de 12,5 mg/j à la recherche de la dose minimale efficace Utilisation possible dans la démence à corps de lewy dans la maladie de Parkinson Vigilance : risque d'agranulocytose nécessitant une vigilance renforcée (se référer au RCP) | Contre-indication avec tout médicament susceptible d'entraîner une agranulocytose ; Contre-indication avec les antipsychotiques à effet retard du fait de la potentialisation du risque d'agranulocytose et de l'impossibilité d'éliminer rapidement la substance (Halopéridol, Risperidone) Précaution d'emploi : association avec tout médicament psychoactif | Pas de données. La posologie doit être individualisée pour chaque patient et adaptée selon la tolérance et la réponse clinique | CIA 3 / ACB 3 | Carnet de suivi NFS, à compléter par le médecin : 1x/semaine pendant 18 semaines, puis 1x/mois |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|---|--|---|---|-----------------------------|---|
| LOXAPINE | LOXAPAC 25 mg/mL, sol. buv., flac 30 mL | |  | Neuroleptique à utiliser uniquement en cas d'état d'agitation / agressivité à court terme Vigilance : La prescription doit être rédigée en mg et l'administration doit se faire UNIQUEMENT à l'aide de la pipette graduée en mg Vigilance : Chez le sujet âgé, diminution des posologies de moitié par rapport au sujet jeune Alternative : Une forme injectable peut être prévue dans le chariot d'urgence si la voie orale est impossible. Alternative dans la même classe thérapeutique avec les mêmes risques : Tiapride. | Association déconseillée : - agonistes dopaminergiques et substituts de la dopamine (lévodopa) chez le patient parkinsonien - médicaments abaissant le seuil épileptogène (ISRS, tramadol) Ne pas associer à l'alcool | Absence de recommandations; Surveillance des effets indésirables et recherche de la dose minimale efficace | CIA 2 / ACB 2 | En une seule prise le soir ou fractionné dans la journée à l'aide de la seringue graduée en milligramme (mg) fournie avec le flacon Ne pas diluer, administration immédiate |
| OLANZAPINE | OLANZAPINE 5 mg ARROW, cpr orodispersible |  |  | Neuroleptique utilisable chez le sujet âgé; nécessite une phase de titration à la recherche de la dose minimale efficace Non recommandé chez le patient Parkinsonien Utilisation préférentielle de la rispéridone qui est plus facile à titrer Charge anticholinergique élevée Remarque : Dose initiale de 5mg chez les patients insuffisants hépatiques modérés (cirrhose, Child-Pugh de classe A ou B) | Pas d'interaction cliniquement significative | Pas d'adaptation nécessaire. Instauration du traitement à la dose minimale possible | CIA 2 / ACB 3 | A laisser dissoudre dans la bouche ; peut être dissous dans un verre d'eau ou de jus de fruits |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---|---|--|---|---|--------------------------|---------------------------------------|
| THYMOREGULATEURS | | | | | | | | |
| LITHIUM | TERALITHE LP 400 mg. cpr séc à libération prolongée |  |  | <p>Médicament à marge thérapeutique étroite nécessitant des précautions d'utilisation</p> <p>Chez le sujet âgé, posologie d'initiation plus basse, augmentation des doses plus progressives</p> <p>Alternative : forme LI écrasable selon le laboratoire</p> <p>Attention : Formes LI et LP non équivalentes, se référer aux RCP</p> | <p>Vigilance : surdosage possible si association avec un médicament susceptible de modifier la natrémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les IEC, - les diurétiques - les corticostéroïdes <p>L'introduction d'un régime hyposodé est également susceptible d'augmenter la lithiémie</p> | <p>DFG < 50 ml/min : diminution de la dose initiale de 25 à 50 % par rapport au sujet normo-rénal</p> <p>Posologie individualisée selon la tolérance, l'efficacité clinique et selon la lithiémie (usuellement comprise entre 0,5 et 0,6 mol/L chez le patient IR).</p> <p>NECESSITE LA MISE EN PLACE D'UNE SURVEILLANCE RENFORCEE</p> | CIA 1 | Prise le soir |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|--|-----------|---|---|---------------------------------|--------------------------|--|
| CLASSE ATC P : ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET RÉPULSIFS | | | | | | | | |
| BENZOATE DE BENZYLE | ASCABIOL 10%, émulsion pr appli cutanée, flac.125 mL | | | Contient de l'alcool : - en cas de gale eczémateuse, exacerbation possible - utilisation possible d'un corticoïde local Vigilance : Ne pas avaler, toxicité neurologique de type convulsions Lors des applications, il existe un risque de passage systémique : vigilance renforcée | Pas d'interaction cliniquement significative | | | Application à J0 - J8 : - bain ou douche chaude - séchage doux - deux applications de produit espacées de 10 à 15 min à l'aide d'une compresse ou d'un pinceau sur l'intégralité de la surface corporelle - Rincer abondamment après 24h de temps de contact Une vigilance particulière doit être portée sur le traitement de l'environnement. Eviter le contact avec les matières plastiques : à manipuler dans un flacon en verre Consulter le RCP pour plus d'informations |
| IVERMECTINE | IVERMECTINE 3 mg MYLAN, cpr |  | | Traitement de la gale : 200 µg/kg en une prise Une seconde prise doit être envisagée uniquement si : - nouvelle lésion - examen parasitologique positif Association possible avec un topique en cas de gale sévère | Pas d'interaction cliniquement significative | Pas d'adaptation nécessaire | | Respecter un intervalle de 2h entre la prise du traitement et la prise de nourriture A prendre avec un peu d'eau |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---|-----------|--|---|--|-----------------------------|---------------------------------------|
| METRONIDAZOLE | FLAGYL 500 mg, cpr |  | | <p>Vigilance : Hypersensibilité possible avec réaction cutanée. En cas de réaction antérieure, le métronidazole est contre-indiqué</p> <p>Survenue possible de symptômes type encéphalopathie ou syndrome cérébelleux</p> <p>Dosage disponible : 250 mg Alternative : Solution buvable</p> | <p>Association déconseillée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise d'alcool (effet antabuse) - médicaments allongeant l'espace QT | <p>DFG < 15ml/min : posologie de 500 mg /24h ou 250 mg /12h</p> | | |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|

CLASSE ATC R : SYSTÈME RESPIRATOIRE

Les MPI devant être évités chez les personnes âgées de 75 ans et plus¹, concernant la classe ATC R (Système Respiratoire) :

- Les **antihistaminiques d'anciennes générations** utilisés comme hypnotiques (**alimémazine, doxylamine, prométhazine**), aux effets anticholinergiques et sédatifs très marqués. Privilégier les approches comportementales dans la prise en charge des troubles du sommeil - Les traitements antipsychotiques sont à éviter chez le sujet âgé, les approches de thérapie comportementale doivent être privilégiées.

L'utilisation des dispositifs d'inhalation peut être parfois complexe : l'évaluation initiale doit estimer la capacité du patient à utiliser de tels dispositifs. Un changement thérapeutique peut s'avérer nécessaire pour permettre la bonne administration du médicament. Il est recommandé dans le choix de la prescription de tenir compte de la possibilité d'utiliser une chambre d'inhalation avec le dispositif retenu, afin de poursuivre le traitement malgré une perte d'autonomie du patient.

Les recommandations dans la prise en charge de l'asthme sont mises à jour régulièrement par le groupe GINA; consulter les dernières recommandations.

Le rinçage de la bouche doit être systématique après utilisation d'un dispositif d'inhalation afin de limiter les effets indésirables éventuels.

BETA-2-MIMETIQUES DE COURTE DUREE D'ACTION

| | | | | | | | | |
|------------|---|--|--|--|--|--|--|---|
| SALBUTAMOL | SALBUTAMOL 5 mg/2,5 mL ARROW, sol pr inhal par nébu, récipient unitdose | | | Indiqué dans l'asthme aigu grave ou les poussées de BPCO nécessitant une posologie importante par voie inhalée Autre dosage : 2,5mg/ 2,5ml | Association déconseillée : Bêta-bloquants non sélectifs Précaution d'emploi: - antidiabétiques : l'utilisation de salbutamol est susceptible d'augmenter la glycémie (effet bêta-stimulant). Renforcement de la surveillance recommandée. - avec les médicaments susceptibles d'entraîner une hypokaliémie | | | Solution prête à l'emploi. Si nécessaire, dilution dans du sérum physiologique Respiration naturelle du patient pendant 10 à 15 min Les nébulisations peuvent être répétées toutes les 20 à 30 minutes en fonction de l'état clinique du patient Jeter le reste des unidoses non utilisé |
| SALBUTAMOL | VENTOLINE 100 µg/dose, susp pr inhal, flac 200 doses | | | Indiqué dans le traitement de la crise d'asthme ou exacerbation de BPCO ; l'utilisation de plus de 8 bouffées par 24h doit entraîner une consultation médicale; ne pas dépasser 15 bouffées par 24h Dispositif nécessitant une synchronisation main/poumon pour le bon usage - capacité et autonomie du patient à évaluer régulièrement. Alternative : AIROMIR Autohaler 100 µg/dose AIROMIR AUTOHALER est un dispositif ne nécessitant pas de synchronisation main/poumon, mais demandant une bonne capacité d'inspiration | Association déconseillée : bêtabloquants non sélectifs | | | Nécessite une synchronisation main/poumon 1- agiter l'aérosol avant emploi 2- expirer profondément 3- présenter l'embout à l'entrée de la bouche ; la cartouche métallique doit être placée vers le haut 4- inspirer lentement et profondément tout en pressant la cartouche métallique 5- retenir la respiration 10 secondes 6- bien rincer la bouche après utilisation Ne pas souffler dans l'inhalateur |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---------|-----------|---|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| TERBUTALINE | TERBUTALINE 5 mg/2 mL ARROW, sol pr inhal par nébu, récipient unidose | | | Indiqué dans le traitement de l'asthme aigu grave ou des poussées de BPCO nécessitant une posologie importante par voie inhalée Les fortes doses exposent à un risque d'hypokaliémie | Précaution d'emploi: - antidiabétiques : l'utilisation de terbutaline est susceptible d'augmenter la glycémie (effet bêta-simulant), renforcement de la surveillance recommandé - avec les autres médicaments susceptibles d'entraîner une hypokaliémie | | | Diluer la quantité nécessaire de terbutaline pour obtenir un volume suffisant de 5ml avec du sérum physiologique Respiration au rythme naturel du patient pendant 10 à 15 min. |
| BETA-2-MIMETIQUES DE LONGUE DUREE D'ACTION | | | | | | | | |
| FORMOTEROL | FORMOTEROL 12 µg VIATRIS, pdr pr inhal en gélule | | | Indiqué dans le traitement de fond asthme/BPCO Rincer la bouche après administration. | Interaction possible avec les inhibiteurs puissants du CYP 3A4 avec risque de surdosage et effets systémiques (inhibiteurs de protéase du VIH (ex : Ritonavir®) | | | NE PAS AVALER LES GELULES Administration dépendante du débit respiratoire : 1- retirer le capuchon de protection 2- en tenant le socle faire pivoter l'embout buccal dans le sens de la flèche 3- placer la gélule dans le logement prévu à cet effet. Important : les gélules doivent être retirées de l'emballage uniquement avant usage immédiat 4- refermer l'inhalateur 5- appuyer sur les 2 boutons-poussoirs en maintenant l'inhalateur en position verticale, puis relâcher 6- expirer à fond 7- placer l'embout dans la bouche et serrer les lèvres, incliner la tête en arrière, inspirer rapidement et très profondément par la bouche 8- retirer l'inhalateur de la bouche en retenant sa respiration aussi longtemps que possible, puis respirer normalement. S'il reste de la poudre dans l'inhalateur, renouveler les étapes 6 et 7 <u>Ne pas souffler dans l'inhalateur</u> |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---------|-----------|--|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| CORTICOIDES INHALES | | | | | | | | |
| BECLOMETASONE | BECLOTIDE 250 µg/dose, sol. pr.inhal, flac. 200 doses | | | <p>Indiqué dans le traitement de fond de l'asthme Dispositif nécessitant une synchronisation main/poumon pour le bon usage - capacité et autonomie du patient à évaluer régulièrement</p> <p>Il est recommandé de prescrire un rinçage de bouche systématique après administration (risque de candidose buccale) En cas d'usage de masque/chambre d'inhalation : rincer le visage après administration</p> <p>L'administration de fortes doses au long cours chez le sujet âgé peut nécessiter une surveillance car le risque de passage systémique ne peut être exclu</p> | Contient de l'éthanol ; effet antabuse possible avec la co-administration de métronidazole | | | <p>Nécessite une synchronisation main/poumon 1- agiter l'aérosol avant emploi 2- expirer profondément 3- présenter l'embout à l'entrée de la bouche; la cartouche métallique doit être placée vers le haut 4- inspirer lentement et profondément tout en pressant la cartouche métallique 5- retenir la respiration 10 secondes 6- bien rincer la bouche après utilisation</p> <p>Ne pas souffler dans l'inhalateur</p> <p>!!Rinçage de la bouche essentiel après administration : risque de candidose buccale En cas d'usage de masque/chambre d'inhalation : rincer le visage après administration</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---------|-----------|---|---|------------------------------------|-----------------------------|---|
| BUDESONIDE | BUDESONIDE 1 mg/2 mL ARROW, susp pr inhal par nébulisation, récipient unitdose | | | <p>Indication lorsque l'utilisation d'un inhalateur est impossible ou inadaptée</p> <p>Il est recommandé de prescrire un rinçage de bouche systématique après administration (risque de candidose buccale)</p> <p>Si usage d'un masque : rincer le visage après administration.</p> <p>L'administration de fortes doses au long cours chez le sujet âgé peut nécessiter une surveillance car le risque de passage systémique ne peut être exclu</p> <p>Autre dosage : budésonide 0,5 mg/2ml</p> | Interaction possible avec les inhibiteurs puissants du CYP 3A4 avec risque de surdosage et effets systémiques (inhibiteurs de protéase du VIH (ex : Ritonavir®) | | | <p>Utilisation de générateurs ultrasoniques non recommandée</p> <p>Volume de remplissage usuel de 2 à 4 ml; en fonction de l'appareillage ce volume peut être complété avec du sérum physiologique</p> <p>Respiration au rythme naturel du patient pendant 10 à 15 min</p> <p>!!Rinçage de la bouche essentiel après administration : risque de candidose buccale</p> <p>En cas d'usage de masque/chambre d'inhalation : rincer le visage après administration</p> <p>Jeter le reste des unitoses non utilisé</p> |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---------|-----------|---|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| FLUTICASONE | FLIXOTIDE 250 µg/dose, susp pr inhal, flac 120 doses | | | <p>Indiqué dans le traitement de fond de l'asthme</p> <p>Il est recommandé de prescrire un rinçage de bouche systématique après administration (risque de candidose buccale)</p> <p>En cas d'usage de masque/chambre d'inhalation : rincer le visage après administration</p> <p>Remarque/alternative : l'utilisation du Diskus est plus adaptée si mauvaise synchronisation main/poumon ; chambre d'inhalation non nécessaire (voir sérétide Diskus® pour l'utilisation du dispositif)</p> <p>Autres dosages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en flacon pressurisé : 50 µg/dose , 125 µg/dose - en Diskus : 100 µg/dose, 250 µg/dose , 500 µg/dose | | | | <p>Nécessite une évaluation de la synchronisation main/poumon</p> <p>Se tenir debout ou assis en position verticale pour l'administration</p> <p>Vérifier la propreté du dispositif avant utilisation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- agiter avant emploi 2- expirer profondément 3- présenter l'embout à l'entrée de la bouche; la cartouche métallique doit être vers le haut 4- inspirer lentement et profondément tout en pressant la cartouche métallique 5- retenir la respiration le plus longtemps possible (au moins 10 secondes) 6- bien rincer la bouche après utilisation <p>Ne pas souffler dans l'inhalateur</p> <p>!!Rinçage de la bouche essentiel après administration : risque de candidose buccale</p> <p>En cas d'usage de masque/chambre d'inhalation : rincer le visage après administration</p> |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---------|-----------|---|---|---------------------------------|--------------------------|---|
| ASSOCIATION BETA-2-MIMETIQUE ET CORTICOÏDE | | | | | | | | |
| FORMOTEROL ET BECLOMETASONE | INNOVAIR 100 µg/6 µg/dose, solj or inhal, flac 120 doses | | | <p>Indiqué dans le traitement de fond de l'asthme</p> <p>Dispositif nécessitant une synchronisation main/poumon pour le bon usage</p> <p>Conservation au réfrigérateur avant ouverture, puis 3 mois à une température ne dépassant pas 25 °C</p> <p>Il est recommandé de prescrire un rinçage de bouche systématique après administration (risque de candidose buccale)</p> <p>En cas d'usage de masque/chambre d'inhalation : rincer le visage après administration</p> <p>Remarque/alternative : le dispositif NEXTHALER demande une bonne capacité d'inspiration mais pas de coordination main/poumon</p> <p>Autres dosages ou alternative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en flacon pressurisé 100 µg/6 µg/dose - en dispositif NEXTHALER : 100 µg/6 µg/dose; 200 µg/6 µg/dose | | | | <p>Nécessite une synchronisation main/poumon</p> <p>Se tenir debout ou assis en position verticale pour l'administration</p> <p>Vérifier la propreté avant utilisation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- expirer profondément 2- présenter l'embout à l'entrée de la bouche ; la cartouche métallique doit être vers le haut 3- inspirer lentement et profondément tout en pressant la cartouche métallique 4- retenir la respiration le plus longtemps possible (au moins 10 seconde) 5- bien rincer la bouche après utilisation <p>!!Rinçage de la bouche essentiel après administration : risque de candidose buccale</p> <p>En cas d'usage de masque/chambre d'inhalation : rincer le visage après administration</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---------|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---|
| FORMOTEROL ET BUDESONIDE | SYMBICORT TURBUHALER 400 µg/12 µg/dose, pdr, pr, inhal, inhal 60 doses | | | <p>Indiqué dans le traitement de fond de l'asthme</p> <p>Il est recommandé de prescrire un rinçage de bouche systématique après administration (risque de candidose buccale)</p> <p>En cas d'usage de masque/chambre d'inhalation : rincer le visage après administration</p> <p>Les recommandations dans la prise en charge de l'asthme sont mises à jour régulièrement par le groupe GINA; consulter les dernières recommandations</p> | L'utilisation concomitante du Symbicort est non recommandée avec les inhibiteurs puissants du CYP 3A4 (exemple : ritonavir) | | | <p>Avant toute 1^{ère} utilisation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- dévisser le capuchon, le retirer (vous pouvez entendre un cliquetis) 2- placer l'inhalateur bien droit à la verticale, la molette rouge vers le bas, sans le tenir par l'embout buccal 3- tourner la molette rouge à fond dans un sens puis à fond dans l'autre (le premier sens n'a pas d'importance), jusqu'à entendre un « clic » 4- répéter cette manipulation une 2^{ème} fois <p>L'inhalateur est maintenant prêt à l'emploi</p> <p>Administration de doses :</p> <p>Debout ou assis en position verticale reprendre les étapes 1 à 3 précédentes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- souffler en dehors de l'inhalateur 2- placer l'embout buccal entre vos dents, sans le mâcher ou le mordre et inspirer profondément à travers l'embout buccal 3- avant d'expirer, retirer l'inhalateur de votre bouche 4- revisser fermement le capuchon après usage |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---|-----------|---|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| SALMETEROL ET FLUTICASONE | SERETIDE DISKUS 500 µg/50 µg/dose, pdr, pr inhal, récipient unitdose 28 doses | | | Indiqué dans le traitement de fond de l'asthme Remarque : seul le Sérétide Diskus 500 a une indication dans la BPCO Il est recommandé de prescrire un rinçage de bouche systématique après administration (risque de candidose buccale) Les recommandations dans la prise en charge de l'asthme sont mises à jour régulièrement par le groupe GINA; consulter les dernières recommandations Autres dosages : - en flacon pressurisé : 50µg/25µg /dose, 100µg./50 µg µg/dose, 125/2 /dose - en Diskus : 100µg./50 µg µg/dose, 250µg./50 µg µg/dose | L'utilisation concomitante du Sérétide® non recommandée avec les inhibiteurs puissants du CYP 3A4 (exemple : ritonavir®) | | | Utilisation du Diskus : 1- pour ouvrir le Diskus, le tenir dans une main et placer le pouce de l'autre main à l'endroit prévu à cet effet. Pousser aussi loin que possible jusqu'à entendre un clic. Cette action permet d'ouvrir un petit orifice au niveau de l'embout buccal 2- tenir le Diskus en faisant face à l'embout 3- pousser le levier vers l'extérieur, pour l'amener en butée jusqu'à entendre un clic ; ne pas répéter cette action 4- éloigner le Diskus de la bouche. Souffler à fond autant que possible. Ne jamais souffler dans le Diskus 5- placer l'embout buccal du Diskus entre les lèvres; inspirer régulièrement et profondément par la bouche à travers le Diskus, et non par le nez 6- retirer le Diskus de la bouche 7- retenir la respiration aussi longtemps que possible (au moins 10 secondes) 8- expirer lentement !!Rinçage de la bouche essentiel après administration : risque de candidose buccale |
| ANTI-LEUCOTRIENES | | | | | | | | |
| MONTELUKAST | MONTELUKAST 10 mg ARROW LAB, cpr |  | | Indiqué dans traitement de fond de l'asthme ; place dans la stratégie thérapeutique à réévaluer selon les recommandations Les recommandations dans la prise en charge de l'asthme sont mises à jour régulièrement par le groupe GINA; consulter les dernières recommandations Alternative : granulés en sachet dose 4 mg, comprimé de 4 mg ou et 5 mg à croquer | | Pas d'adaptation nécessaire | | Prise le soir Goût amer - Sensible à la chaleur, instable dans l'eau Si écrasement, administration immédiate |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---|---------|-----------|---|---|------------------------------------|-----------------------------|---|
| ANTICHOLINERGIQUES | | | | | | | | |
| IPRATROPIUM BROMURE | IPRATROPIUM 0,5 mg/2 mL ARROW, ad. sol pr inhal par nébulisation, récipient unidosé | | | Indiqué en association avec un Bêta-2-mimétique d'action rapide Risque d'hyposialie Prudence chez le sujet âgé, notamment masculin avec antécédent d'adénome prostatique ou d'obstruction urétrale Autre dosage : 0,25 mg/ 2ml | Vigilance avec tout médicament ayant un effet anticholinergique marqué, notamment les neuroleptiques type phénothiazine et la clozapine : risque de majoration des effets anti-cholinergiques | | CIA 3 | Diluer la quantité nécessaire d'ipratropium pour obtenir un volume suffisant de 5ml dans du sérum physiologique Respiration naturelle par le patient pendant 10 à 15 min La solution pour inhalation est adaptée à une inhalation concomitante avec un bêta2-mimétique d'action rapide Jeter le reste des unidoses non utilisé Les nébulisations peuvent être répétées toutes les 20 à 30 minutes en fonction de l'état clinique du patient |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---|-----------|---|---|---|-----------------------------|---|
| TIOTROPIUM BROMURE | SPIRIVA 18 µg, pdt pr inhal en gélule | | | <p>Indication dans la BPCO</p> <p>Risque d'hyposialie</p> <p>Prudence chez le sujet âgé, notamment masculin avec antécédent d'adénome prostatique ou d'obstruction urétrale</p> <p>Administration dépendante du débit respiratoire.</p> <p>Autre forme : SPIRIVA Respimat 2,5 µg/dose inhalateur nécessitant une coordination main/poumon</p> | | | | <p>Utilisation du Spiriva®</p> <p>1- Pour libérer le capuchon anti-poussière, enfoncer le bouton perforateur</p> <p>2- Relever complètement le capuchon anti-poussière en le tirant vers le haut puis ouvrir l'embout buccal en le tirant vers le haut</p> <p>3- Prendre une gélule, la placer dans la chambre centrale</p> <p>4- Refermer l'embout buccal jusqu'à entendre un clic; laisser le capuchon anti-poussière ouvert</p> <p>5- Tenir le dispositif HandiHaler vertical, l'embout buccal dirigé vers le haut et enfoncer complètement le bouton-perforateur (vert) d'une seule pression, puis relâcher</p> <p>6- Expirer à fond</p> <p>7- Refermer les lèvres autour de l'embout buccal</p> <p>8- Inspirer jusqu'à remplir complètement les poumons, retenir la respiration le plus longtemps possible. Répéter les deux dernières opérations 2 à 3 fois</p> |
| ANTI-HISTAMINIQUES | | | | | | | | |
| CETIRIZINE | CETIRIZINE 10 mg ARROW LAB, cpr séc |  | | <p>Alternative : Aerius® 0,5 mg/ml (desloratadine) Solution buvable</p> <p>Remarque : les prurits rebelles aux anti-histaminiques de dernière génération peuvent être un signe de pemphigoïde bulleuse; le recours à une consultation ou télé-consultation dermatologique est recommandé</p> | | <p>DFG < 60 ml/min : 5 mg/jour</p> <p>DFG < 15 ml/min : 5 mg 3 fois par semaine</p> | | Administration avec une boisson avant ou pendant un repas |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---------|---|---|--|--|-----------------------------|---------------------------------------|
| MEDICAMENTS DU SOIN PALLIATIF | | | | | | | | |
| SCOPOLAMINE | SCOPOLAMINE BROMHYDRATE 0.5 mg/2 mL RENAUDIN, sol [In], amp | |  | Réserver à l'utilisation en soins palliatifs (rôle agonique) Vigilance : effet anticholinergique important Contre-indication : glaucome par fermeture de l'angle, troubles urétrorostatiques à risque de rétention urinaire Alternative : Patch 1mg/72h à appliquer derrière l'oreille, utilisable en l'absence d'alternative dans le mal des transports lors de déplacements ; bien se laver les mains après utilisation, éviter le contact avec les yeux | Précaution d'emploi si utilisation concomitante avec un médicament aux propriétés anti-cholinergiques (neuroleptiques phénotiazidiques, clozapine) | Pas de recommandations en l'absence de données chez l'insuffisant rénal | CIA 3 / ACB 3 | Voie sous-cutanée |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
|--|------------------------------------|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|

CLASSE ATC S : ORGANES SENSORIELS

Le glaucome relève d'une prise en charge spécialisée. Les collyres présents dans ce livret sont donnés à titre indicatif et pour rappeler les gestes de bon usage d'administration des médicaments ophtalmiques. L'emploi de dosettes à usage unique est recommandé afin d'éviter l'exposition des patients à des conservateurs susceptibles d'induire des effets indésirables locaux .

ANTI-INFECTIEUX OPHTALMOLOGIQUES

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| AZITHROMYCINE | AZYTER 15 mg/g, collyre, récipient unitdose 0,25 g | | | <p>Pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, AntibioGARDE, AntibioCLIC)</p> <p>1ère intention : conjonctivite purulente; association avec lavage oculaire (sérum physiologique) et antiseptique (Vitabact®).</p> <p>Une évolution défavorable ou l'absence d'évolution à J3 implique un avis ophtalmologique</p> <p>Traitement usuellement de 3 jours</p> <p>Ne pas porter de lentilles pendant toute la durée du traitement</p> | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | <p>Administration du collyre avec précaution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant la minute qui suit l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale) <p>Dosette à usage unique, bien se laver les mains avant et après utilisation</p> <p>Ne pas toucher l'œil avec l'embout de la dosette</p> |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---------|-----------|---|--|------------------------------------|-----------------------------|---|
| DEXAMETHASONE ET ANTIINFECTIEUX | STERDEX, pommade ophtalmique, récipient unitdose | | | <p>Association anti-infectieux et anti-inflammatoire</p> <p>Vigilance : posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic)</p> <p>Infection locale avec composante inflammatoire</p> <p>Une évolution défavorable ou l'absence d'évolution à J3 implique un avis ophtalmologique</p> <p>Soin primaire du chalazion</p> <p>Remarque : autre association anti-infectieux/ anti-inflammatoire : CHIBRO CADRON® , collyre en flacon</p> | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | <p>Administration de la pommade :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer le contenu de la pommade unidose dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'oeil malade ou des deux yeux malades et éventuellement sur le bord de la paupière en levant les yeux au ciel - Fermer l'œil malade doucement pendant 1 à 2 min en regardant dans toutes les directions |
| FUSIDIQUE ACIDE | FUCITHALMIC 1%, gel ophtalmique, tube 3 g | | | <p>Vigilance : posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic)</p> <p>Traitement des orgelets et blépharites à germe sensible</p> <p>Une évolution défavorable ou l'absence d'évolution à J3 implique un avis ophtalmologique</p> <p>Ne pas porter de lentilles pendant toute la durée du traitement</p> | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques . | | | <p>Administration de la pommade :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer le contenu de la pommade unidose dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'oeil malade ou des deux yeux malades et éventuellement sur le bord de la paupière en levant les yeux au ciel - Fermer l'œil malade doucement pendant 1 à 2 min en regardant dans toutes les directions |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---------|-----------|--|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| RIFAMYCINE | RIFAMYCINE CHIBRET, collyre, flac. 10 mL | | | <p>Vigilance : pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic)</p> <p>1ère intention : conjonctivite purulente ; association avec lavage oculaire (sérum physiologique) et antiseptique (Vitabact®)</p> <p>Une évolution défavorable ou l'absence d'évolution à J3 implique un avis ophtalmologique</p> <p>Ne pas porter de lentilles pendant toute la durée du traitement</p> <p>1 flacon par patient, avec étiquette du patient, et date d'ouverture</p> <p>Conservation 15 jours, à moins de 25°C et à l'abri de la lumière</p> <p>Alternative : Pommade pour traitement des orgelets et blépharites à germes sensibles</p> | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | <p>Administration du collyre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant 2 à 3 min après l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale) <p>Ne pas toucher l'œil avec l'embout du flacon</p> |



| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---------|-----------|---|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| TOBRAMYCINE | TOBREX 0.3%, collyre, flac 5 mL | | | <p>Vigilance : pour les posologies et indications, se référer aux recommandations en vigueur et aux outils d'aide à la prescription (E-popi, Antibiogarde, Antibioclic)</p> <p>1ère intention : conjonctivite purulente ; association avec lavage oculaire (sérum physiologique) et antiseptique (Vitabact®)</p> <p>Une évolution défavorable ou l'absence d'évolution à J3 implique un avis ophtalmologique</p> <p>Ne pas porter de lentille pendant toute la durée du traitement</p> <p>Alternative : Pommade pour traitement des orgelets et blépharites à germe sensible</p> | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | <p>Administration du collyre avec précaution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant 2 à 3 min après l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale) <p>Dosette à usage unique, bien se laver les mains avant et après utilisation</p> <p>Ne pas toucher l'œil avec l'embout de la dosette</p> |
| ANTI-INFLAMMATOIRES OPHTALMOLOGIQUES | | | | | | | | |
| INDOMETACINE | INDOCOLLYRE 0.1%, collyre, récipient unitdose 0.35 mL | | | <p>Remarque : indication pour inflammation péri-opératoire</p> <p>Alternative : DEXAFREE®</p> | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | <p>Administration du collyre avec précaution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant 2 à 3 min après l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale) <p>Dosette à usage unique, bien se laver les mains avant et après utilisation</p> <p>Ne pas toucher l'œil avec l'embout de la dosette</p> |


| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|--|---------|-----------|--|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| CICATRISANTS OPHTALMOLOGIQUES | | | | | | | | |
| RETINOL | VITA 2 500 Iu/10 g DULCIS, pommade ophtalmique, tube | | | Cicatrisation cornéenne Alternative : Vit B12 unidose 0,2mg/0,4 ml en collyre | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | Administration de la pommade : - Application de l'équivalent d'un grain de riz dans le cul de sac conjonctival en levant les yeux au ciel - Fermer l'œil doucement pendant 1 à 2 min en regardant dans toutes les directions |
| COLLYRES ANTI-ALLERGIQUES | | | | | | | | |
| CROMOGLIQUÉ ACIDE | CROMEDIL 2%, collyre, récipient unidose 0.3 mL | | | Affection oculaire d'origine allergique | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | Administration du collyre avec précaution : - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant 2 à 3 min après l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale) Dosette à usage unique, bien se laver les mains avant et après utilisation. Ne pas toucher l'œil avec l'embout de la dosette. |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---------|-----------|---|---|---------------------------------|--------------------------|---|
| COLLYRES ANTIGLAUCOMATEUX | | | | | | | | |
| LATANOPROST | MONOPROST 50 µg/mL, collyre, récipient unidose 0.2 mL | | | <p>Vigilance : modification de la couleur des yeux possible durant la première année de traitement Information du patient nécessaire; le traitement d'un seul œil peut entraîner une hétérochromie définitive</p> <p>Conservation dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière : - entre 2 et 8°C avant ouverture - à température ambiante (max 25°C) pendant 4 semaines après ouverture</p> <p>Alternative : LUMIGAN®</p> | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | <p>Administration du collyre avec précaution : - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant 2 à 3 min après l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale)</p> <p>Dosette à usage unique, bien se laver les mains avant et après utilisation</p> <p>Ne pas toucher l'œil avec l'embout de la dosette</p> |
| TIMOLOL | TIMOLOL SANDOZ 0.25 % collyre sol | | | <p>1 flacon par patient, avec étiquette du patient, et date d'ouverture Conservation 28 jours après ouverture</p> <p>Risque de passage systémique avec un risque de bradycardie ; lors de l'administration, le canal lacrymal doit bien être obstrué</p> <p>Contient du chlorure de benzalkonium ; non recommandé chez les patients présentant un syndrome sec de l'oeil ou susceptible d'avoir la cornée endommagée</p> <p>Risque d'intolérance aux lentilles de contact lié à la diminution des sécrétions lacrymales induite par les bêta-bloquants lors du traitement</p> <p>Alternative : Carteol® LP 1% recipient unidose</p> | <p>Inhibiteurs calciques à tropisme cardiaque (diltiazem, vérapamil), risque en cas de passage systémique</p> <p>A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques</p> | | | <p>Administration du collyre avec précaution : - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant 2 à 3 min après l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale)</p> <p>Dosette à usage unique, bien se laver les mains avant et après utilisation</p> <p>Ne pas toucher l'œil avec l'embout du flacon</p> |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---------|-----------|--|---|------------------------------------|-----------------------------|---|
| LAVAGE OCULAIRE | | | | | | | | |
| PICLOXYDINE | VITABACT 0.173 mg, collyre, récipient unidose 0.4 mL | | | Collyre antiseptique, peut être associé à un antiinfectueux En cas d'utilisation d'un autre collyre antiseptique multidose, 1 flacon par patient | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | Administration du collyre : - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant 2 à 3 min après l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale) Dosette à usage unique, bien se laver les mains avant et après utilisation Ne pas toucher l'œil avec l'embout de la dosette 15 min d'écart entre l'administration de 2 collyres |
| SODIUM BORATE | DACRYOSERUM, sol pr lavage ophtalmique, récipient unidose 5 mL | | | Lavage oculaire : 2 jours de traitement maximum sans avis médical Si co-administration de collyres, respecter 15 min d'intervalle entre chaque instillation | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | lavage direct par jet, sans toucher la surface de l'œil ; l'excédent sera ensuite essuyé avec une compresse Usage unique ; ne pas réutiliser un récipient entamé |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|--|---------|-----------|---|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| MEDICAMENTS DE LA SECHERESSE OCULAIRE | | | | | | | | |
| LARMES ARTIFICIELLES ET DIVERSES AUTRES PREPARATIONS | CELLUVISC 4 mg/0.4 mL, collyre, récipient unidose | | | Larmes artificielles de haute viscosité En cas de sécheresse oculaire Alternative : Larmes de viscosité moyenne : Unifluid®, Refresh®, Nutrivisc® Larmes de viscosité haute : Artelact®, Gel-Larme® DM (LPPR si kératite ou kérato-conjonctivite sèche) : Vismed®, Optive® | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux ophtalmiques | | | Administration du collyre : - Déposer la/les gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur en regardant vers le haut, puis cligner des paupières - Fermer les yeux et comprimer le canal lacrymal pendant 2 à 3 min après l'instillation en pinçant l'arrête nasale au niveau de l'angle interne des paupières (évite un passage dans la circulation générale) Dose à usage unique, bien se laver les mains avant et après utilisation Ne pas toucher l'œil avec l'embout de la dose |
| OTOLOGIE | | | | | | | | |
| CERULYSE | CERULYSE 5 g/100 g, sol pr instill auriculaire, flac 10 mL | | | Extraction des bouchons de cérumen Vigilance : en cas de constat d'hypoacousie, vérifier la présence de bouchons de cérumen Utilisation possible de pinces à glissement, de curettes légères pour décoller ou d'eau tiède sous pression minimale. Se renseigner auprès du pharmacien Bouchon mou : 1 bain de 10 min Bouchon dur : 3 bains par jour pendant 3-4 jours Non remboursé par la Sécurité Sociale | | | | 1 bain = 10 min de contact. Réchauffer entre les mains le flacon avant utilisation pour éviter le contact froid du produit avec l'oreille |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|---|---------------------------------------|---|---|--|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| CLASSE ATC V : DIVERS | | | | | | | | |
| CALCIUM FOLINATE | LEDERFOLINE 25 mg. cpr |  |  | <p>Prévention de la toxicité hématologique des médicaments antagonistes de l'acide folique (Bactrim® et méthotrexate)</p> <p>Les sujets âgés sont plus sensibles aux toxicités hématologiques ; l'absence d'acide folinique chez le sujet âgé doit interpeller en présence de méthotrexate ou de Bactrim®</p> <p>Posologie variable selon situation clinique, le respect de la prescription du spécialiste est essentiel</p> <p>Remarque : dans le cas des prises de méthotrexate hebdomadaires, les prises d'acide folinique se font à des jours différents Les jours de prise doivent être prescrits</p> <p>Alternative : Folinoral® 25 ou 50 mg dont la gélule est ouvrable</p> | | NA | | En cas de prise hebdomadaire, respecter le jour de prise |

| DCI (Dénomination Commune Internationale) | Libellé UCD (nom du médicament) | Broyage | Vigilance | Commentaires (alternative préférentielle, point de vigilance toxicité...) | Interactions à risque (ex : CYP P450, AVK (antivitamines K)..) | Adaptation à la fonction rénale | Charge anticholinergique | Recommandations pour l'administration |
|--|---|---|-----------|--|---|---------------------------------|--------------------------|---|
| SEVELAMER | SEVELAMER CARBONATE 800 mg ARROW, cpr |  | | <p>Patient sous hémodialyse</p> <p>Association à une prise en charge globale du métabolisme calcique; supplémentation Calcium/Vitamine D à évaluer</p> <p>Vigilance : risque d'hypovitaminose</p> <p>Posologie à adapter selon les résultats de la phosphatémie ; posologie d'instauration progressive, se référer au RCP</p> <p>Usuellement, 3 prises par jour de 1 à 5 comprimés ; administration pendant un repas</p> <p>Alternative : poudre pour suspension buvable</p> | Diminution de l'absorption de la ciprofloxacine | NA | | Prise au cours des repas; vigilance renforcée pour les patients présentant un risque de troubles de la déglutition |
| SULFONATE DE POLYSTYRENE | KAYEXALATE, pdr pr susp buv ou rect, flac | | | <p>Posologie à individualiser selon les résultats de la kaliémie du patient</p> <p>Contre-indication : Kaliémie < 5 mmol/l</p> <p>Surveillance biologique renforcée</p> <p>Efficacité plus rapide par voie rectale car les échanges ioniques se font principalement dans le côlon</p> | <p>Contre-indication : Sorbitol</p> <p>Précaution d'emploi : Hormones thyroïdiennes</p> | NA | | <p>Administration 2h avant ou 2h après les autres médicaments, en suspension dans un peu d'eau (voie orale)</p> <p>Administration possible par voie rectale en lavement</p> |

ANNEXES :

En annexe du livret sont proposées des fiches de bon usage des médicaments et outils réalisés par l'OMÉDIT Centre-Val de Loire lorsque ceux-ci sont disponibles. Ces documents sont en libre accès et accompagnent les soignants au bon usage des médicaments.

Liste non exhaustive, tous les documents sont disponibles sur le site de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire : www.omedit-centre.fr

A retrouver pour exemple :

- Le KIT IPP : bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (octobre 2022)
- La Fiche : Perfusion sous-cutanée (hypodermoclyse) de solutés en prévention de la déshydratation (juin 2013) ;
- La Fiche « iatrogénie et chute chez le sujet âgé » (avril 2023) ;
- La Fiche « Prise en charge thérapeutique de la constipation chez le sujet âgé – arbre décisionnel » (juin 2023)
- Protocole Siguret (sujet âgé > 75 ans) – Prescription AVK

En région, vous pouvez soumettre vos demandes d'outils à la commission technique Gériatrie et produits de santé en contactant l'OMÉDIT *Centre-Val de Loire*.

5 Les grilles ADAPTÉES à votre établissement pour évaluer vos pratiques professionnelles

Établissements médico-sociaux :

Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques

OMÉDIT
Centre de Recherche

EPP sur la Prescription et l'adhésion de la Pompe à Protons
PP (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et comorbidités associées)

1. Acteur
Médico-social
Médical
Pharmaceutique
Autre

2. BIVOS RECEVANT
Médico-social
Médical
Pharmaceutique
Autre

3. PRESCRIPTION DE LA POMPE À PROTONS
Médico-social
Médical
Pharmaceutique
Autre

4. REMARQUE

Établissements sanitaires :

Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques

OMÉDIT
Centre de Recherche

EPP sur la Prescription et l'adhésion de la Pompe à Protons
PP (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et comorbidités associées)

1. Acteur
Médico-social
Médical
Pharmaceutique
Autre

2. BIVOS RECEVANT
Médico-social
Médical
Pharmaceutique
Autre

3. PRESCRIPTION DE LA POMPE À PROTONS
Médico-social
Médical
Pharmaceutique
Autre

4. PRESCRIPTION PARQUANT LE BIVOS RECEVANT
Médico-social
Médical
Pharmaceutique
Autre

5. REMARQUE

Évaluez-vous afin de garantir la qualité de vos soins !

... et lutter contre la **iatrogénie évitable** chez la personne âgée !



- 1 fiche « Les IPP per os chez la personne âgée »
- 1 fiche « S'assurer de la pertinence des prescriptions - Réduire la durée des traitements chroniques »
- 2 flyers pour les patients
- 1 diaporama de sensibilisation aux effets indésirables
- 2 grilles d'EPP pour établissements médico-sociaux et sanitaires

→ Pour VOUS aider !

LES IPP, CE N'EST PAS POUR L'ÉTERNITÉ



AIDEZ-NOUS À AMÉLIORER NOS OUTILS
Pour plus d'information, contactez-nous :
« omedit-centre@omedit-centre.fr »

Le KIT IPP

5 outils téléchargeables à votre disposition pour améliorer vos prescriptions ...



Disponible sur le site : www.omedit-centre.fr
Recherche par mot clé : « IPP »
IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons
Date de mise à jour : Octobre 2022

1 La Fiche Bonne Pratique et Bon Usage

« Les IPP per os chez la personne âgée »

Que contient-elle ?

- Un rappel du contexte
- Les conditions de la juste prescription
- Les équivalences des doses afin de repérer les doses standard et forte selon la DCI de l'IPP
- Les effets indésirables au long cours
- Les bonnes pratiques de prescription et d'arrêt des IPP
- Les risques de mésusages identifiés

2 Les flyers patient

À l'initiation du traitement :

À l'arrêt du traitement :

Le + :

- Un format pratique A5 recto/verso
- Validé par les patients



3 La Fiche Bonne Pratique et Bon Usage

« S'assurer de la pertinence des prescriptions - Réduire la durée des traitements chroniques »

4 Le diaporama des effets indésirables

Objectif :

sensibiliser vos équipes aux effets indésirables au long cours

Les IPP chez le sujet âgé : des médicaments pas si anodins...



Dr Charlotte EUDD
Généraliste - Service de Médecine Interne
CHRU Bretonneau

18/10/2023

FICHE DE BONNES PRATIQUES & BON USAGE

Commission Gériatrie

Validation Comité stratégique : Juin 2013

Mise à jour : Octobre 2017

INTERET

Voie SC (= hypoderme) particulièrement pratique en gériatrie, en soins palliatifs et chez des patients au capital veineux altéré.

- en l'absence d'abord veineux
- en remplacement ou en complément de la voie orale

Elle peut être utilisée à domicile, en établissement de santé ou médico-social.

Il s'agit d'un acte infirmier qui est réalisé sur prescription médicale, d'une technique simple, sûre, efficace, confortable.

Elle nécessite peu de surveillance, évite l'immobilisation prolongée, expose à peu d'effets secondaires si elle est correctement utilisée.

Avantages par rapport à la voie IV: facilité d'accès, moins de risque d'infections systémiques et de phlébite, possibilité de déconnecter la perfusion aisément, possibilité de perfusion discontinuée nocturne (mobilité et confort du patient).

INDICATIONS

Prévention de la déshydratation en situation à risque (apport oral insuffisant, période de canicule annoncée ...) en particulier chez la personne âgée. Elle semble aussi efficace que la perfusion IV pour réhydrater les personnes modérément déshydratées.

Lorsque la voie veineuse est difficile ou impossible (veines fragiles, capital veineux restreint, médicaments agressifs pour les veines ...), ou lorsque la voie orale est problématique ou impossible (trouble de la déglutition, dysphagie, nausées, vomissements, agitation, confusion, trouble de la conscience, refus du patient ...)

CONTRE-INDICATIONS

- Situations d'urgence : déshydratation sévère, état de choc, collapsus, troubles hydro électrolytiques sévères, acidocétose etc. requérant une réhydratation rapide et massive par voie intraveineuse
- Troubles majeurs de la coagulation. Prudence avec les patients sous anticoagulants
- Infections cutanées diffuses, dermatose cutanée étendue
- Mauvaise circulation périphérique, œdèmes généralisés (ins. cardiaque décompensée), lymphoedème, lipodystrophie.

MATERIEL ET TECHNIQUE

Vérifier la prescription médicale, expliquer le soin, **informer** et installer confortablement le patient.

Solutions de perfusion **isotoniques** (si hypertonique, douleur et risque de nécrose) **ET contenant des électrolytes** (si absence, risque d'œdèmes et de choc).

- Salé isotonique : NaCl 0,9% (308 mOsm/L)
- Glucosé 5% + 2 g/L de NaCl (345 mOsm/L), Glucosé 5% + 4 g/L de NaCl (415 mOsm/L)

Chez un patient à risque de décompensation cardiaque, plus volontiers 2 g/L de sodium (soit 20mL de NaCl 10% dans un soluté glucosé de 1 litre) pour contrôler les apports sodés.

- Glucosé 2,5% + 4 g/L de NaCl (276 mOsm/L) en cas de patient diabétique.

Il existe aussi des solutés commercialisés prêts à l'emploi (ex. G 2,5% + NaCl 0,45%)

Potassium : l'administration sous-cutanée de chlorure de potassium (KCl) est à **EVITER**

/!\ attention avec les solutés glucosés avec apport d'ions intégrés, se reporter aux concentrations ioniques indiquées sur leur flacon. Par exemple, Osmotan[®] G5 ou Glucidion[®] G5 : 467 mOsm/L, pH 4.8, 2g de KCl pour 1000mL.

Il est conseillé de ne pas dépasser 2 g de KCl par jour, au-delà, risque de nécrose cutanée.

Ne pas ajouter de médicaments au soluté, en raison du risque d'incompatibilités.

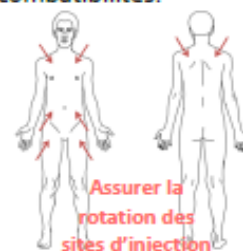
Choix du site d'injection :

- La peau doit être saine, en bon état sans lipodystrophie ni hématome.
- Tenir compte des capacités d'absorption du tissu sous-cutané.
- Les sites d'injection privilégiés sont la face antérieure de l'abdomen, thorax, les flancs et la face antérieure des cuisses.

En cas de nécessité, d'autres sites d'injection peuvent être utilisés (thorax, bras).

Si prescription de crème anesthésique locale (prilocaine + lidocaïne), l'appliquer au moins 1h30 avant la pose du micro-cathéter.

Respect des règles d'asepsie, comme pour une injection IV.



- Éviter de piquer dans des zones œdématisées, où il existe des problèmes d'absorption.
- Éviter de piquer dans une zone où le tissu SC est trop mince

En l'absence de réaction locale, le même point de ponction peut être utilisé jusqu'à 6 jours maximum.
Le site inter-scapulaire peut être intéressant chez le sujet confus risquant d'arracher le dispositif.

Matériel :

- Gants à usage unique
- Matériel pour antiseptie cutanée
- 1 pied à perfusion
- 1 perfuseur simple (ou pompe à perfusion)
- 1 micro-cathéter 22 ou 24 Gauge
- 1 pansement adhésif transparent
- 1 anesthésique local (*si prescrit*)
- 1 container OPTC et 1 sac poubelle



« Une canule souple, pas d'aiguille métal »

Utiliser un cathéter souple à ailettes de petit diamètre : 22 à 25 Gauge.

PAS d'aiguille épicroânienne à ailettes type « Butterfly », afin de ne pas laisser une aiguille métallique en place, de limiter la douleur, le risque d'AES et le risque d'arrachage.

Technique de pose :

- Se référer à la prescription médicale
- Lorsque l'ajout d'apports ioniques au soluté est nécessaire, les préparer et les purger dans la salle de soins
- Identifier la solution au nom du patient
- Installer le patient confortablement
- Installer la perfusion sur le pied à perfusion approprié
- Réaliser une antiseptie des mains par friction puis mettre une paire de gants à usage unique non stériles
- Pratiquer l'antiseptie du site d'injection selon le protocole institutionnel
- Pincer la peau, piquer dans le pli, en biais (30°), biseau vers le haut (pour une meilleure diffusion)
- Retirer et éliminer immédiatement le mandrin dans le container OPTC
- Connecter le perfuseur sur le cathéter et régler le débit

Débit de perfusion : 1 mL/min = débit < 3 mL/min.
 → *Perfusion continue sur 24h* : 40 à 80 mL/h
 → *Perfusion discontinuée nocturne sur 8 à 12h* : 70 à 120 mL/h
Débit maximal : 500 mL sur 2,5 heures, 2 à 3 fois/jour
 Les débits trop rapides entraînent un œdème local par résorption insuffisante

Volumes perfusés :
 En routine 2 x 500 mL / jour
 Volume maximal :
 1500 mL/ jour/ site d'injection

- Fixer la tubulure et protéger le point d'injection avec le film adhésif transparent
- Tracer le soin

SURVEILLANCE

Surveillance après la pose puis quotidienne TRACEE : état cutané local, débit, position du cathéter, absence de fuite ou de reflux.

Devant toute anomalie, le retrait de la perfusion s'impose :

- Si douleur, rougeur, placard blanc, crépitements à la palpation, hématome, sang dans la tubulure : changer de site de perfusion.
- Si douleur ou œdème : diminuer la vitesse de perfusion (un petit gonflement après la pose est normal, surtout en cas d'hypoprotidémie). Possibilité d'œdème des régions génitales : bénin, disparaît à l'arrêt de la perfusion.

ABLATION DU CATHETER

- Clamper la perfusion
- Faire une friction hydro-alcoolique des mains
- Décoller le pansement
- Mettre des gants
- Appliquer une compresse imprégnée d'antiseptique sur le point d'insertion du cathéter et le retirer
- Éliminer cathéter, lignes et flacon dans les DASRI
- Tracer le retrait

SOURCES DOCUMENTAIRES

1. Ferry M « La déshydratation de la personne âgée ». Med Nutr 2013 ; 49 (1) : 27-37
2. Dardaine V « L'Hypodermodyse : intérêts et indications en gériatrie ». Revue Médecine Interne 2003 ; 26 : 643-650
3. Monnet F. "La perfusion sous-cutanée" Revue du soignant en gériatrie 2003 ; 21.
4. Hypodermodyse en gériatrie – Journées EuroPharmat Bordeaux 2008
5. Réhydratation par voie sous-cutanée – site web des Hôpitaux Universitaires de Genève - Janvier 2013
6. Voie sous-cutanée en soins palliatifs – centre hospitalier du Haut Anjou – Octobre 2013
7. La perfusion sous-cutanée – La revue Prescrire, 2004 ; 24 (250) : 372-376
8. Déshydratation modérée des personnes âgées – La revue Prescrire, 2017 (404) : 434-438

IATROGÉNIE ET CHUTES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Validation Comité stratégique : Décembre 2020

INTRODUCTION

- La chute chez le sujet âgé est le plus souvent d'origine multifactorielle.
- Devant toute chute, il est nécessaire de rechercher une cause iatrogène. Aucune chute n'est à banaliser.
- Les facteurs de risques qui doivent être systematiquement repérés et évalués sont :
 - La polymédication (prise \geq à 5 molécules)
 - L'hypotension orthostatique (fréquente chez le sujet âgé)
 - L'hypoglycémie

RECOMMANDATIONS

- Evaluer régulièrement l'observance, le bon moment de prise, la tolérance et la pertinence des prescriptions ainsi que l'automédication du patient et sa consommation d'alcool.
- Toute introduction récente (< à 15 jours) d'un traitement doit faire l'objet d'une vigilance accrue.
- Rechercher la présence d'hypotension orthostatique à l'introduction d'un médicament à risque d'hypotension et harmoniser les pratiques soignantes sur son repérage et sa prise en charge.
- Vérifier que la posologie soit adaptée au patient (âge, fonction rénale, état nutritionnel...) et lors d'association. Débuter par de faibles doses et augmenter progressivement la dose lors de l'instauration d'un traitement.
- Privilégier les molécules à demi-vie courte (notamment les benzodiazépines), les plus courtes durées d'utilisation possibles et la dose minimale efficace avec une indication documentée.
- Eviter l'association de 2 molécules de même classe pharmaceutique (notamment les psychotropes).
- Essayer de proscrire toute association de molécules à effet anticholinergique : Hydroxyzine, Quétiapine, Clozapine, Oxybutinine, Tramadol...
- Si possible, diminuer ou arrêter une seule molécule à la fois selon la priorité.

CONDUITE À TENIR CHEZ LE SUJET ÂGÉ

- ① • Lister les médicaments **pourvoyeurs de chutes** et évaluer si leur utilisation reste **pertinente**
- ② • Réaliser plusieurs **tests d'hypotension orthostatique**
- ③ • Effectuer un **cycle glycémique**
- ④ • Effectuer un **bilan nutritionnel**
- ⑤ • Connaître la **consommation d'alcool**

RECOMMANDATIONS FACE À UN SUJET ÂGÉ, POLYMÉDIQUÉ ET CHUTEUR EN FONCTION DES PRINCIPALES CLASSES DE MÉDICAMENTS POUVANT FAVORISER LE RISQUE DE CHUTES

- Tout médicament **nouvellement introduit**, du **SNC**, **hypotenseur** ou **hypoglycémiant**, doit faire l'objet d'une **vigilance extrême**.
- Pour éviter les renouvellements inappropriés et les effets indésirables, il est nécessaire d'évaluer :
 - La gravité de la chute
 - La pertinence de son traitement dans son ensemble

| Classes médicamenteuses augmentant le risque de chutes ⁽¹⁾ | Recommandations |
|---|---|
| Antidépresseurs | <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les ISRS : Paroxétine, Fluoxétine, Sertraline, Fluvoxamine, Citalopram, Escitalopram (ou les ISRNA en 2^{ème} intention : Venlafaxine, Duloxétine, Milnacipran) (ou la Miansérine) • Réévaluer la balance bénéfices/risques de ces substances au long cours • Vérifier que la posologie soit toujours bien adaptée et privilégier la dose minimale efficace • Surveiller régulièrement la pression artérielle, l'apparition ou l'aggravation de troubles de l'équilibre et la natrémie • Pour la Miansérine : son effet antihistaminique est sédatif → elle doit être prise au coucher, ne pas se relever juste après, il y a un risque d'hypotension orthostatique. |
| Antipsychotiques | <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les molécules non phénothiazines : Risperidone, Olanzapine... • Il n'est pas recommandé de prescrire les molécules ayant un effet anticholinergique : Chlorpromazine, Cyamémazine, Lévomépromazine, Propériciazine, Pipotiazine,... • Privilégier la dose minimale efficace |
| Benzodiazépines, hypnotiques et apparentés | <ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer la pertinence du maintien de ces prescriptions : <ul style="list-style-type: none"> – Le patient souffre-t-il réellement d'insomnie ou est-ce lié à l'âge ? – Les manifestations anxieuses du patient justifient-elles un traitement médicamenteux ou est-ce que des méthodes alternatives suffisent ? • Vérifier si le patient prend le médicament au bon moment • Privilégier les molécules à demi-vie courte ou intermédiaire : Oxazépam, Alprazolam, Clotiazépam, Lorazépam • Eviter l'utilisation de ces substances au long cours et envisager le sevrage progressif si la prise d'hypnotique est supérieure à 3 mois • Proscrire les hypnotiques antihistaminiques en raison des effets anticholinergiques : Doxylamine, Hydroxyzine, Prométhazine, Alimémazine,... • Zolpidem et Zopiclone : utiliser à posologie réduite de moitié par rapport à la posologie de l'adulte et prendre juste avant le coucher |
| Antihypertenseurs (Hors diurétiques) | <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des tests d'hypotension orthostatique • Limiter les antihypertenseurs centraux (methyldopa, rilménidine, etc.) et les vasodilatateurs (prazosine, urapidil, etc.) pourvoyeurs d'hypotension orthostatique • Vérifier si le patient prend le médicament au bon moment • Surveiller régulièrement l'état d'hydratation du patient et réduire la consommation de sel |
| Anti-inflammatoires | <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier le paracétamol et proscrire l'utilisation d'AINS • Surveiller l'automédication du patient |
| Opiïdes analgésiques | <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les molécules à élimination rapide • Eviter l'association aux substances sédatives • Evaluer régulièrement la douleur et s'assurer que les effets indésirables soient bien contrôlés |
| Diurétiques | <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le patient prend le médicament au bon moment • Surveiller régulièrement l'état d'hydratation et la pression artérielle du patient |

BIBLIOGRAPHIE

[1] Sources : Jong et al., 2013 et Huang et al., 2012

- Medication-Related Falls in the Elderly: Causative Factors and Preventive Strategies, Allen Huang et al., mai 2012 https://www.researchgate.net/publication/224886618_Medication-Related_Falls_in_the_Elderly_Causative_Factors_and_Preventive_Strategies
- Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies, Marlies R. de Jong et al., mai 2013 <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2042098613488829>
- Recommandations pour la pratique clinique – Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, SFDRMG (Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale), avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS (Haute Autorité de Santé), novembre 2005 https://www.has-sante.fr/upload/does/application/pdf/Prevention_chutes_agees.pdf
- Synthèse des recommandations professionnelles – Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, SFGG (Société Française de Gériatrie et de Gérontologie), avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la HAS (Haute Autorité de Santé), avril 2009 https://www.has-sante.fr/upload/does/application/pdf/2009-04/Chutes_personnes_agees_synthese.pdf
- Guide PAPA (Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées), Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), 2014 <https://sfgg.org/>
- Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : Intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française, Laroche et al., 2007 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866308007947>
- Effects of drug pharmacokinetic/pharmacodynamic properties, characteristics of medication use, and relevant pharmacological interventions on fall risk in elderly patients, Chen et al., 2014 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4063899/>
- Medication and falls in the elderly: An epidemiological study in a French hospital, 2018 <https://www.em-consulite.com/article/1278567/article/médicaments-et-chutes-chez-les-personnes-agees/22842-uc>
- Comment mieux prescrire chez la personne âgée fragile ?, Antoine Flau, septembre 2010 https://www.le.com/fr/revues/age/e-docs/comment_mieux_prescrire_chez_la_personne_agee_fragile_288243/article.html
- Le sujet âgé et les psychotropes, Marie-Pierre Pancraz, 2010 <https://www.caipr.info/fr/ve-c-Information-psychiatrique-2010-1-cage-01.htm#contenuarticle>
- Les médicaments et les chutes, Réseau canadien pour la déprescription <https://www.reseau-deprescription.ca/chutes>
- <https://duss-centresudmtl.gouv.qc.ca/>



Prise en charge thérapeutique de la constipation chez le sujet âgé - Arbre décisionnel -

FICHE DE BONNE PRATIQUE & BON USAGE

Commission Gériatrie

Validation Comité stratégique Juin 2023

Mise à jour : Juin 2023

Contexte

La constipation est fréquemment retrouvée chez le sujet âgé, avec une prévalence importante en EHPAD. La diminution de la mobilité en lien avec l'avancée en âge y contribue.

Elle se définit par une diminution de la fréquence des selles (≤ 3 selles/semaine) associée à une difficulté pour les évacuer⁽⁷⁾. On distingue la constipation passagère de la constipation chronique (>6 mois).

Vigilance : certaines constipations peuvent se présenter sous forme de fausses diarrhées. L'intestin peut sécréter du liquide au contact des selles dures de la constipation, ce qui entraîne une alternance de diarrhées et de constipations.

Deux grandes étiologies de constipation sont à distinguer : la constipation liée à des troubles du transit (notamment colique) ou une constipation distale principalement due à un trouble de la défécation⁽¹⁾.

Certains traitements de la constipation sont potentiellement inappropriés chez le sujet âgé :

- **Les laxatifs lubrifiants** : empêchent l'absorption des vitamines liposolubles et aggravation de l'incontinence anale,
- **Les laxatifs de lest** : nécessitent la prise d'une grande quantité d'eau pour être efficace et modifient l'absorption de beaucoup de médicaments,
- **Les laxatifs stimulants** : peuvent être irritants pour la muqueuse intestinale et induire une déshydratation sévère.

Un recours massif aux laxatifs lubrifiants est observé lors de la prise en charge de la constipation chez le sujet âgé⁽²⁾

- ⇒ Constat au sein de 39 services d'hébergement de la région Centre-Val de Loire : ils représentent 13 % des consommations total de lubrifiants, soit 186 780 DDJ consommées en 2021.

Rechercher la constipation d'origine médicamenteuse : de nombreux médicaments peuvent entraîner ou aggraver des constipations.

Exemples : clozapine, opioïdes forts (morphine, fentanyl...), inhibiteurs calciques (vérapamil, amlodipine, nefopam,...

- ⇒ Il convient de réévaluer l'ensemble des médicaments prescrits (balance bénéfique/risque). Un arrêt ou une alternative pourrait être à envisager.

La prise d'opioïdes (morphine) implique systématiquement la prise de laxatifs de osmotiques afin de prévenir la survenue de constipation.

Rappels des principales mesures hygiéno-diététiques :

Le rappel des mesures hygiéno-diététiques au patient constituent la première intention de la prise en charge de la constipation peu importe son étiologie !

- Encourager l'apport hydrique pour atteindre *a minima* 1,5 L d'eau par jour
- Encourager le volume de fibres ingérées au quotidien (sauf son de blé)
- Encourager l'activité physique : définir un périmètre de marche régulier
- Laisser le temps lors de la mise aux toilettes

Mobilisation de l'ensemble de l'équipe soignante et de l'entourage → Tous ensemble !!!

Sources :

- 1- Explorations utiles et inutiles d'une constipation chronique de l'adulte - fmcgastro - 2014
- 2- Groupe de travail régional Mise à jour du livret thérapeutique Gériatrique OMÉDIT Centre-Val de Loire (2023), à partir des consommations des médicaments observées dans les services d'hébergement de personnes âgées de la région (Collecte ATIH données 2021) – DDJ = Dose Définie Journalière
- 3- Guides PAPA -Prescriptions (consultation mars 2023)
- 4- Vidal reco version 3 web – Constipation Adulte (consultation mars 2023)
- 5- Liste REMEDI(e)S (REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors)- ML Laroche PMID : 34115158 – juin 2021
- 6- Améli.fr – consultation mars 2023 constipation de l'adulte
- 7- Echelle visuelle de Bristol – 7 différents types de selles
- 8- Troubles intestinaux chez l'adulte (Cahier thématique PRESCRIRE Janvier-avril 2022)

Bon usage des laxatifs



PROTOCOLES AVK COUMADINE WARFARINE

Protocole SIGURET (sujets âgés > 75 ans) WARFARINE : posologie initiale à 4 mg Algorithme d'introduction COUMADINE cp ROSE à 2 mg = 2 cp à J1, J2, J3

| | Le matin | Le soir vers 19 h30 |
|-----------|------------------------------------|--|
| J1 | TCA - TP - INR - Plaquettes | COUMADINE 2 mg : 2 cp le soir = 4 mg |
| J2 | | COUMADINE 2 mg : 2 cp le soir = 4 mg |
| J3 | | COUMADINE 2 mg : 2 cp le soir = 4 mg |
| J4 | INR < 1,3 | COUMADINE 2 mg : 2 cp ½ le soir = 5 mg |
| | 1,3 < INR < 1,5 | COUMADINE 2 mg : 2 cp le soir = 4 mg |
| | 1,5 < INR < 1,7 | COUMADINE 2 mg : 1 cp ½ le soir = 3 mg |
| | 1,7 < INR < 1,9 | COUMADINE 2 mg : 1 cp le soir = 2 mg |
| | 1,9 < INR < 2,5 | COUMADINE 2 mg : ½ cp le soir = 1 mg |
| | INR ≥ 2,5 | STOP COUMADINE JUSQU'À INR < 2,5 ==> puis COUMADINE 2 MG : ½ cp = 1 mg |
| J7 | INR < 1,6 | augmenter la posologie de ½ cp soit + 1 mg |
| | 1,6 < INR < 2,5 | Maintenir la posologie |
| | 2,5 < INR < 3,5 | Si dose antérieure était de 2 mg, réduire à 1 mg |
| | | Si dose antérieure était de 1 mg, rester à 1 mg et monitoring toutes les 24 à 48 h |
| INR > 3,5 | Cf. Prise en charge des surdosages | |

Protocole WARFARINE : posologie initiale à 5 mg Algorithme d'introduction COUMADINE cp BLANC à 5 mg = 1 cp à J1, J2, J3

| | Le matin | Le soir vers 19 h30 : COUMADINE 5 mg |
|----|-----------------------------|--------------------------------------|
| J1 | TCA - TP - INR - Plaquettes | COUMADINE 5 mg : 1 cp le soir = 5 mg |
| J2 | | COUMADINE 5 mg : 1 cp le soir = 5 mg |
| J3 | | COUMADINE 5 mg : 1 cp le soir = 5 mg |
| J4 | INR < 1,5 | Augmenter à 10 mg |
| | 1,5 < INR < 2,0 | Augmenter à 7 mg |
| | 2,1 < INR < 3,0 | Continuer à 5 mg |
| | 3,1 < INR < 4,0 | Diminuer à 2 mg |
| | INR > 4,0 | Arrêt momentané et adaptation/48 h |



Avec le soutien de :

