Georg Bosshard, Fiona Fröhlich Egli

À quel moment peut-on ou doit-on interrompre un traitement?

Discussion basée sur deux vignettes de patients multimorbides à l'occasion du congrès médical d'Arosa du 22 au 24 mars 2012

Une première constatation s'impose: nous ne l'avons pas appris! Puis, une deuxième: nous le faisons quand même régulièrement, alors que nous savons pertinemment que chez les patients âgés multimorbides le potentiel d'interactions médicamenteuses est considérable, le métabolisme est ralenti et les tolérances envers

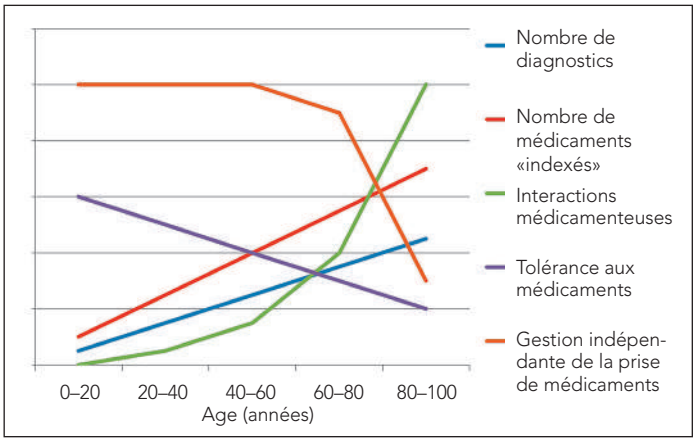

Figure 1
Défis posés par la prescription adéquate de médicaments en fonction de la progression de l'âge ou de la multimorbidité.

les comprimés diminuent tant subjectivement qu'objectivement. De quels outils disposons-nous pour réduire la dose et le nombre de médicaments tout en nous basant sur les niveaux d'évidence? Aux États-Unis, les «critères de Beers» sont élaborés depuis 1991 et répertorient aujourd'hui environ 100 substances inappropriées en gériatrie. En Allemagne, la liste PRISCUS a été publiée en 2010. Cette liste s'appuie sur les critères de Beers et sur leurs mises à jour, mais se concentre davantage sur les médicaments couramment utilisés en Europe. De plus, elle dispose d'un atout majeur, car elle propose des alternatives aux substances «interdites». Cette liste peut être consultée et imprimée à l'adresse www.aerzteblatt.de/archiv/77776 et s'avère également très utile lors de nouvelle prescription.
En outre, des algorithmes ont été établis: la grille MAI – *Medication Appropriateness Index* (voir encadré ci-dessous) en 1996 aux États-Unis et l'algorithme PGPG – *Good Palliative Geriatric Practice* en Israël, un procédé plutôt chronophage prévoyant l'arrêt progressif de médicaments en accord avec les patients et leurs proches, puis une évaluation et un suivi minutieux. En moyenne, environ 4 médicaments ont pu être arrêtés sans problème par patient – seuls 2% des médicaments arrêtés ont été prescrits une nouvelle fois par la suite, 88% des patients ont ressenti une nette amélioration après la réduction et certains ont connu une amélioration cognitive spectaculaire.[1]

[1] Cf. également: Neuner-Jehle S. Trop bien? – traitons la polypharmacie. PrimaryCare. 2011;11(12):212–5, http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2011/2011-12/2011-12-156.pdf.

Grille MAI (Medication Appropriateness Index)

1 Indication réelle?
2 Efficacité? Rapport bénéfice-risque?
3 Dosage correct?
4 Mode d'emploi correct?
5 Interaction avec d'autres médicaments?
6 Interaction avec des maladies concomitantes?
7 Voie d'administration praticable?
8 Double prescription existante?
9 Durée du traitement adéquate?
10 Possibilité d'une alternative moins chère?

Au cours de la séance plénière, les participants ont abordé la mise en application de ces principes lorsque des patients sous antidémentiels sont admis en maison de soins. Un arrêt brusque du traitement peut conduire à un rapide déclin cognitif qui est renforcé par le nouvel environnement. Voici une proposition pour une approche possible:

Arrêt des inhibiteurs de la cholinestérase (ICE) en maison de soins:

Approche possible
- A l'admission en maison de soins: maintenir les ICE
- Quelques semaines après l'admission, effectuer un MMS. Si MMS <10: arrêter les ICE
- Si MMS ≥10: enregistrer l'état initial (cognitif, ADL [Échelle d'activités de la vie quotidienne], humeur, comportement). Puis interrompre les ICE
- Si une dégradation significative s›installe par la suite, reprendre le traitement par ICE
- Répéter la procédure de temps en temps (tous les six mois?)
- Inclure dans la mesure du possible les proches au processus de prise de décision

Pour conclure:
L'interruption d'un traitement médicamenteux nécessite du courage.
Il faut des connaissances et des outils pour mener cette tâche à bien.
Il s'agit d'une compétence clé appartenant entièrement au domaine de la gériatrie et de la médecine générale: si nous ne le faisons pas, qui le fera?

Correspondance:
Fiona Fröhlich Egli
Schlossbergstrasse 3, 8408 Winterthur
fiona.froehlich[at]hin.ch