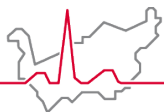




Hôpital du Valais
Spital Wallis

Parcours de soins et pharmacothérapie : Atelier : Comment améliorer la continuité ?

**Les jeudis de formation continue de
médecine interne générale
26 mars 2016, Sion**



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Plan

- **Point de vue hospitalier**

Dr J. Beney, PD
FPH pharmacie d'hôpital
johnny.beney@hopitalvs.ch

- **Point de vue officinal**

Dr P.A. Buchs,
pharmacien d'officine
pierrealain.buchs@vtxnet.ch

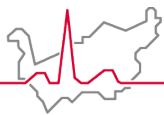
- **Atelier**

- co-animé par :

V. Beytrison,
FPH pharmacie d'officine
vincent.beytrison@bluewin.ch

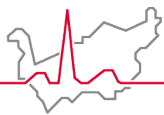
- modéré par :

Dr. M.A. Pernet,
FMH médecine générale



Conclusions

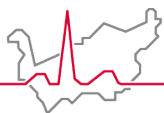
- **La constitution de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible est un exercice complexe impliquant différentes sources d'informations dont l'entretien avec le patient.**
 - **Elle nécessite une bonne communication interprofessionnelle.**
 - **Elle est indispensable pour un usage responsable du médicament.**
-



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cas

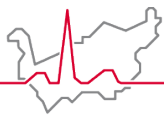
- **patient 62 ans (90 kg 175 cm), suivi par un généraliste et un diabétologue**
- **diabète type 2, hypertension, cholestérol, BPCO**
- **hospitalisé du 15 au 21 mars 2015**



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Plan de traitement avant hospitalisation

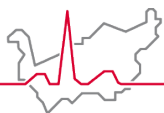
| | |
|------------------------|------------------|
| périndopril 10 mg | 1-0-0-0 |
| Bilol comp 10/25 | 1-0-0-0 |
| Aspirine cardio 100 mg | 1-0-0-0 |
| Novorapid | 50UI-50UI-50UI-0 |
| Tresiba | 60UI-0-0-0 |
| Diamicron MR 60 | 2-0-0-0 |
| Metfin 1000 mg | 1-0-1-0 |
| Crestor 10 mg | 0-0-0-1 |
| Onbrez 0.3 mg | 1-0-0-0 |



Hôpital du Valais
Spital Wallis

La sortie

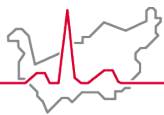
- **Sortie d'hôpital samedi après-midi 21 mars 2015 avec un bras dans un attelle.**
 - **L'épouse vient chercher les médicaments, le patient attend dans la voiture.**
 - **Le patient est un « bon valaisan », conservateur, qui ne veut pas changer ses habitudes. Il considère que tout va bien et veut poursuivre son traitement habituel.**
 - **Son épouse demande de l'Irfen 400 mg car le Dafalgan est jugé inefficace par le patient. De plus, les comprimés sont difficiles à avaler.**
 - **Le médecin traitant est en vacances.**
-



Hôpital du Valais
Spital Wallis

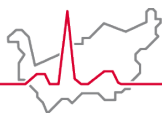
Ordonnance de sortie

| | |
|------------------------|------------------|
| Seresta forte 50 mg | 0-0-0-1 |
| candesartan 16 mg | 1-0-0-0 |
| Dafalgan 1 g cpr | 1-1-1-1 |
| Aspirine cardio 100 mg | 1-0-0-0 |
| Beloc Zok 25 mg | 1-0-0-0 |
| Novorapid | 50UI-50UI-50UI-0 |
| Levemir | 60UI-0-0-0 |
| Diamicron MR 60 | 2-0-0-0 |
| metformine 1000 mg | 1-0-1-0 |
| Atorvastatine 40 mg | 0-0-0-1 |
| Onbrez 0.3 mg | 1-0-0-0 |



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Quelle est votre attitude ?



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Metformine dans l'insuffisance rénale

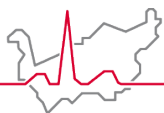
- **Acidose lactique**
3/100'000 à 10/100'000 années-patient
- **Pas d'essai randomisé contrôlé dans l'IRC**
- **Les études observationnelles suggèrent un bénéfice en termes de complications macrovasculaires.**

Table 2. Possible Approach to Metformin Prescribing in the Setting of CKD^a

| CKD Stage | eGFR, mL/min per 1.73 m ² | Maximal Total Daily Dose, mg | Other Recommendations |
|-----------|--------------------------------------|------------------------------|--|
| 1 | ≥90 | 2550 | |
| 2 | 60 -<90 | 2550 | |
| 3A | 45 -<60 | 2000 | Avoid if kidney function is or expected to become unstable Consider more cautious follow-up of kidney function |
| 3B | 30 -<45 | 1000 | Do not initiate therapy at this stage but drug may be continued Avoid if kidney function is or expected to become unstable Consider more cautious follow-up of kidney function |
| 4 | 15 -<30 | Do not use | |
| 5 | <15 | Do not use | |

Abbreviations: CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate.

^a This strategy has not been evaluated or validated in a clinical trial; there are no data to support its efficacy, safety, or potential to improve clinical outcomes.

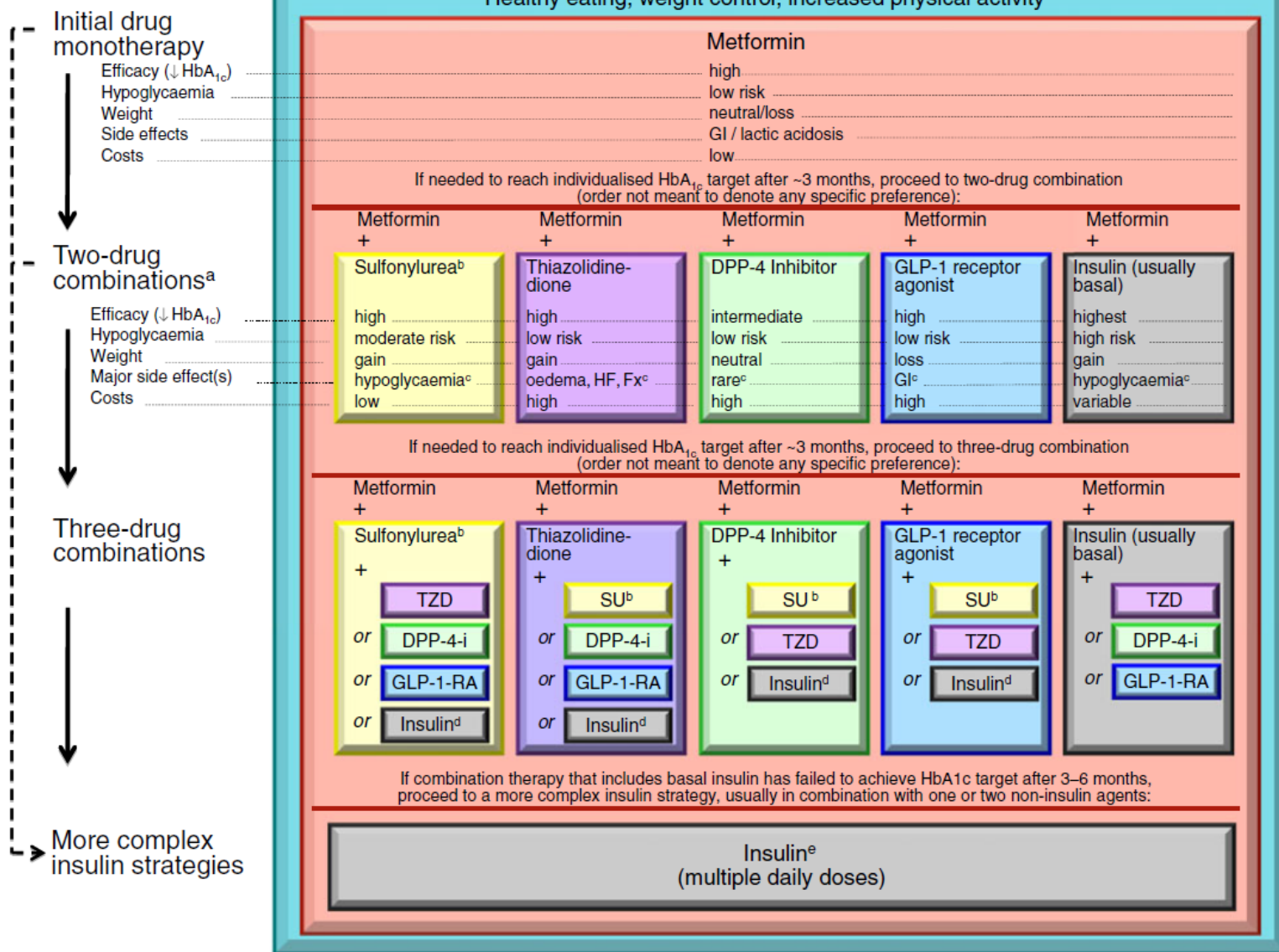


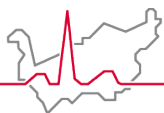
Hôpital du Valais
Spital Wallis

Précautions d'utilisation selon le DFG

| | > 60 | 30- 60 | < 30 | < 10 - HD |
|----------------------------------|------|-----------------|-----------------|-----------|
| Metformine | | Réduction doses | | |
| SU de 2 nd génération | | Réduction doses | | |
| Repaglinide | | | | |
| Acarbose | | | | |
| Sitagliptine | | Réduction doses | | |
| Vildagliptine | | Réduction doses | | |
| Saxagliptine | | Réduction doses | Précautions | |
| Linagliptine | | | | |
| Exenatide | | Réduction doses | | |
| Liraglutide | | Pas de données | | |
| Insuline | | | Réduction doses | |

Sources : RCP française des molécules – T. Romanet



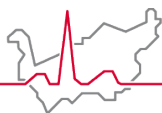


Hôpital du Valais
Spital Wallis

Teneur en sodium de certains comprimés effervescents

| | mg Na | mmol Na | <i>mg NaCl</i> |
|---------------------------------------|-------|---------|----------------|
| Dafalgan 500 mg eff. | 412 | 17.9 | 1031 |
| Dafalgan 1 g eff. | 565 | 24.6 | 1'412.5 |
| Supradyn eff | 300 | 13 | 750 |
| Bruffen 600 mg eff. | 197 | 8.6 | 492.5 |
| Fluimucil 200 ou 600 mg eff | 140 | 6.1 | 350 |
| Ca Sandoz 500 mg eff. | 70 | 3 | 175 |
| Ca Sandoz 1000 mg eff. | 140 | 6.1 | 350 |
| | | | |
| Apport journalier recommandé (OMS) | 2'000 | 86.8 | 5'000 |

Données tirées de l'information professionnelle



Equivalences : Béta-bloquants

Doses équivalentes entre les différents sartans et bêta-bloquants

A dose équivalente, les sartans et les bêta-bloquants ci-dessous présentent globalement tous le même profil efficacité/risque dans des indications telles que l'HTA et l'insuffisance cardiaque (IC) (voir également indication sous les tableaux).

Ils sont par conséquent interchangeables et reconnus comme tels par l'ACCP (American College of Clinical Pharmacy) ^[4].

Béta-bloquants

| Atenolol* | Metoprolol | Bisoprolol | Nebivolol* | Carvedilol** |
|------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Tenormin et génériques | Beloc Zok et génériques | Concor et génériques | Nebilet et génériques | Dilatrend et génériques |
| 50 mg 1x/j | 50 mg 1x/j | 5 mg 1x/j | 2.5 mg 1x/j | 25 mg 1x/j (HTA) 12.5 mg 2x/j (IC) |

* : Molécules sans indication officielle reconnue par Swissmedic ou avec indication limitée pour le traitement de l'insuffisance cardiaque.

** : Bien que les indications et l'efficacité du carvedilol soient comparables à celles des bêtabloquants β_1 -sélectifs, le carvedilol s'en différencie d'un point de vue pharmacologique par une action également sur les récepteurs adrénergiques α et β_2 , ainsi que par une posologie 2x/j dans l'insuffisance cardiaque.



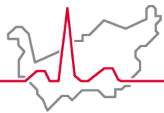
FEATURE

STATINS

Rosuvastatin: winner in the statin wars, patients' health notwithstanding

More is spent in the US on rosuvastatin than any other statin. Yet the evidence of its health benefits has always been weak and there is growing evidence of harmful side effects. **Sidney Wolfe** explains why he thinks the drug should have been withdrawn and why it should not be used

Sidney Wolfe senior adviser, health research group at Public Citizen, Washington, DC, USA



Hôpital du Valais
Spital Wallis

More evidence of risks

In addition to the evidence of clinical benefits for rosuvastatin being substantially less robust than for these three statins, there is increasing evidence that the drug also carries a higher risk of serious adverse effects. **Prespecified outcomes in the JUPITER Study included not only cardiovascular endpoints but also new onset diabetes.** Ironically, the reason for including this “hopeful” endpoint was that an earlier study had found that pravastatin decreased new onset diabetes. **In JUPITER, however, there was a significantly higher incidence (26%) of new onset diabetes in the rosuvastatin group compared with the placebo group.**

A recent review of 17 randomized trials involving 113 394 patients comparing the risk of new onset diabetes for various statins corroborated this finding. **Treatment with rosuvastatin, compared with placebo, was associated with a 25% relative increase in the risk of developing diabetes; pravastatin was associated with the lowest risk, a 7% increase.** An earlier, observational study of 240 000 patients beginning statin treatment also found that rosuvastatin was associated with the highest increased risk of diabetes and pravastatin the lowest.

Une créatininémie « normale » ne signe pas toujours une fonction rénale normale



Angelina J.
36 ans, 63 kg



Fonction rénale
~ 100 ml/mn

Créatininémie
85 $\mu\text{mol/l}$



Eglantine J.
72 ans, 53 kg

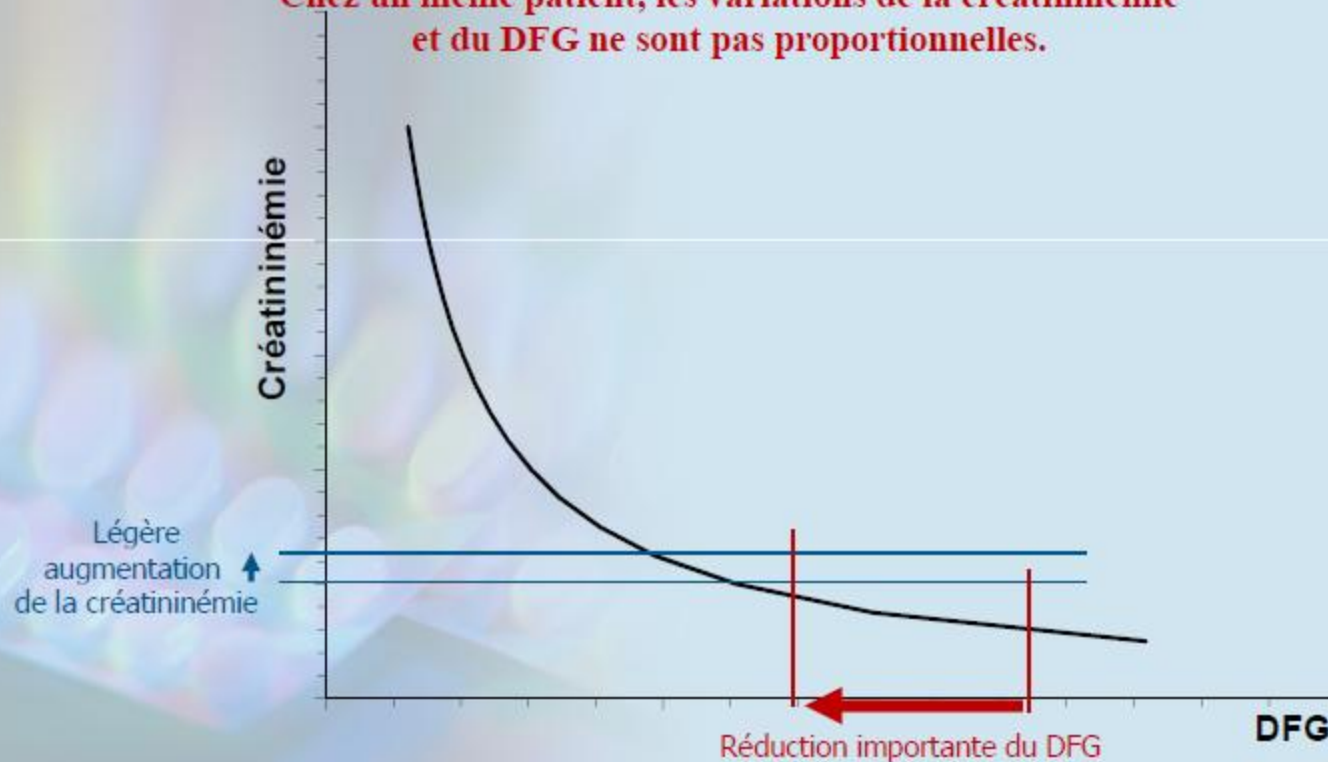


Fonction rénale
~ 40-50 ml/mn

Une légère augmentation de la créatininémie peut correspondre à une réduction importante du DFG



Chez un même patient, les variations de la créatininémie et du DFG ne sont pas proportionnelles.



Comment évaluer la fonction rénale ?



De façon « classique »

Formule de Cockcroft & Gault

$ClCr \text{ (ml/min)} = k \times [(140 - \text{Âge}) \times \text{Poids}] / SCr \text{ (}\mu\text{mol/l)}$
Homme $k = 1,23$ et Femme $k = 1,04$

En pratique clinique

Formule abrégée MDRD (aMDRD)

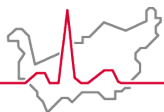
$DFG \text{ (ml/min/1,73 m}^2\text{)} = k \times 186 \times [SCr]^{-1,154} \times [\text{Age}]^{-0,203}$
Homme $k = 1$ et Femme $k = 0,742$



Valide chez :

- l'adulte "jeune"
- le sujet âgé (> 65 ans)
- L'obèse
- Oncologie
- Rhumatologie

Cockcroft DW and Gault MH. Nephron 1976
Levey AS et al. Ann Intern Med 1999
Froissart et al. J Am Soc Nephrol 2005
Stevens LA et al. J Am Soc Nephrol 2007



Hôpital du Valais
Spital Wallis



Merci de votre attention