

## SOMMAIRE

- ✓ Prescriptions de médicaments anticholinergiques chez le sujet

Ont participé à la réalisation de cette lettre :

A. Terrier Lenglet  
A. Houbert  
J.Petit  
I. Carpentier  
M. Yilmaz

Intervenants de la réunion :

- A Terrier Lenglet
- A.Houbert
- Lisa Mondet
- Frédéric Bloch

Pour les inscriptions aux réunions

Aurélie TERRIER LENGLET  
mail : [Terrier-Lenglet.Aurelie@chu-amiens.fr](mailto:Terrier-Lenglet.Aurelie@chu-amiens.fr)

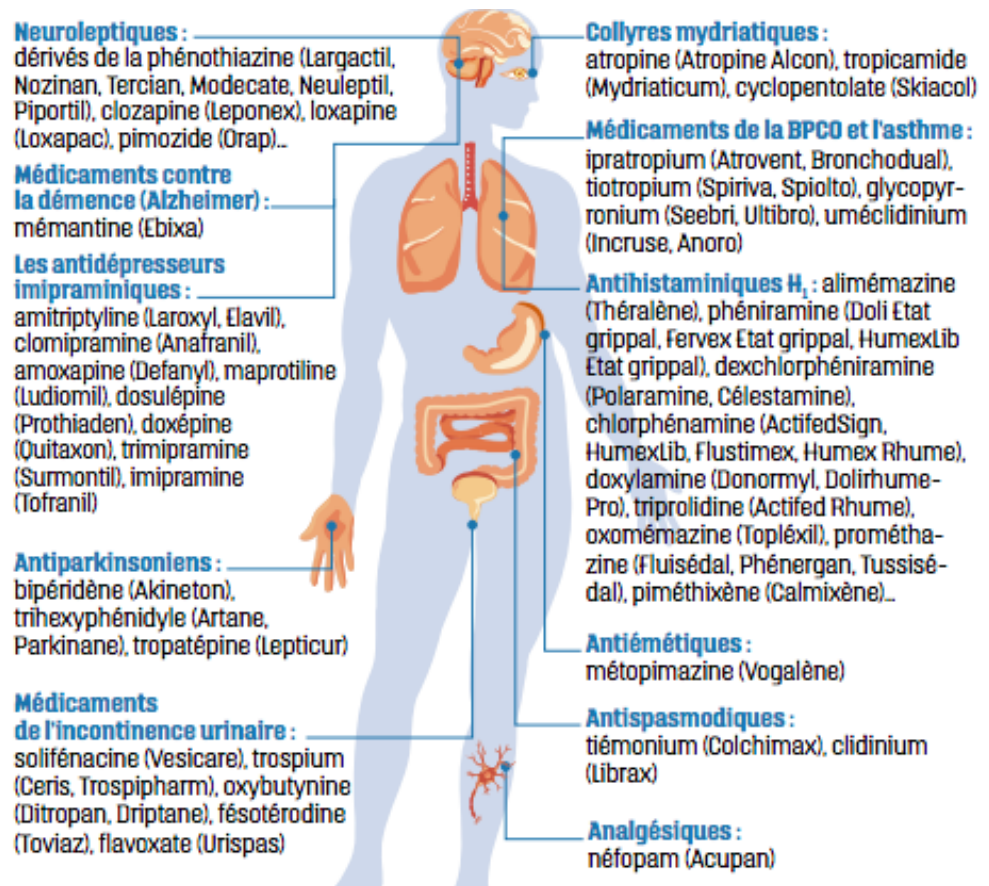
Julien Petit  
mail : [julien.petit@ars.sante.fr](mailto:julien.petit@ars.sante.fr)

# Interventions Pharmaceutiques

## Prescription de médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé

### 1. Rappels sur l'identification des médicaments anticholinergiques et les effets secondaires

Il existe différentes classes thérapeutiques de médicaments aux propriétés anti-muscariniques ou à effet atropinique.



Les effets indésirables avec ces médicaments sont de 2 types :

#### Effets indésirables centraux

- Confusion, délire, hallucinations, étourdissements et troubles mnésiques

#### Effets indésirables périphériques

- Sécheresse buccale, constipation, troubles de la miction et rétention urinaire, mydriase et troubles de l'accommodation

### 2. Echelles d'évaluation des médicaments anticholinergiques

Il existe une multitude de listes de médicaments évaluant la charge anti-muscarinique.

Un focus a été fait sur quelques listes utilisées :

Anticholinergic Cognitive Burden Scale (**ACB**): Boustani M, et al. Aging Health. 2008; 4(3): 311-20.

Anticholinergic Risk Scale (**ARS**): Rudolph JL, et al. Arch Intern Med. 2008; 168(5):508-13.

Anticholinergic Drug Scale (**ADS**): Carnahan RM, et al. J Clin Pharmacol. 2006; 46:1481-6.

Revue synthétique sur le sujet :

Arki et Trivalle Echelles d'évaluation de l'effet anticholinergique des médicaments NPG Neurologie-Psychiatrie Gériatrie 2012: 12 131-138

Il existe un calculateur de charge : Le DBI

Drug Burden Index (**DBI**): Hilmer SN, et al. Arch Intern Med. 2007; 167 (8): 781-7.

Score évaluant la charge globale des médicaments en prenant en compte les posologies et également le pouvoir sédatif.

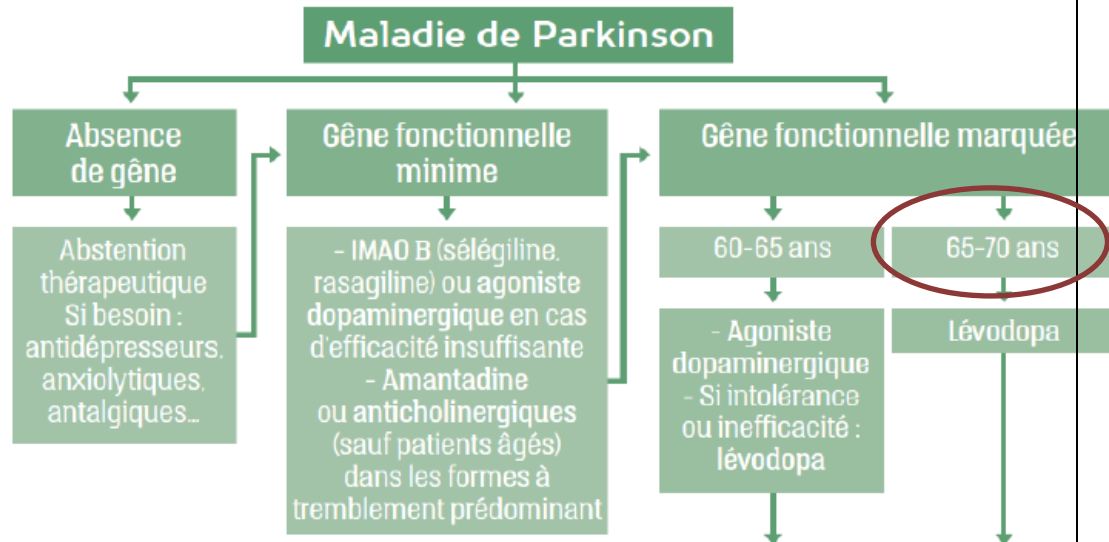
### 3. **Prise en charge de la maladie de Parkinson du sujet âgé**

Lorsqu'il existe un retentissement fonctionnel, l'âge du patient conditionne le traitement. Lorsque la forme clinique apparaît atypique ou s'il existe déjà quelques troubles cognitifs (souvent en lien avec la sévérité de la pathologie)

- le traitement repose sur la seule L- Dopa chez le sujet âgé.

Chez le sujet jeune (moins de 65 ans), privilégier les agonistes dopaminergiques par voie orale ou transdermique, le plus longtemps possible. Le recours à la dopathérapie se justifie en cas d'intolérance ou de réponse thérapeutique insuffisante. La dose unitaire minimale efficace de L-Dopa (propre à chaque patient) sera recherchée, et la répartition horaire des prises médicamenteuses sera optimisée afin d'assurer une efficacité thérapeutique continue.

**[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parcours\\_de\\_soins\\_parkinson.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_parkinson.pdf)**



### Complications motrices

- **Sous lévodopa** : fractionnement des doses, adaptation des horaires de prise, changement de formes galéniques (LP, forme dispersible...) : ajout d'un agoniste dopaminergique ou d'un ICOMT ou d'un IMAO-B ou envisager une association de ces différents traitements :
- **Sous agoniste dopaminergique** : fractionnement des doses, augmentation de la posologie de l'agoniste : ajout de lévodopa

↓ En cas d'échec

En cas de blocages sévères : apomorphine en injection sous-cutanée (stylo)  
En dernière intention : pompe à apomorphine, stimulation cérébrale profonde ou traitement par Duodopa (à l'hôpital)

Sources : Guide « Parcours de soin Maladie de Parkinson », HAS, 2014 ;

#### 4. Traitement de l'hyperactivité vésicale

Privilégier les anticholinergiques passant faiblement la BHE (trospium ou fésotérodine) au bénéfice des anciennes générations.

Vérifier la pertinence du recours aux anticholinergiques urinaires

Le cas clinique a permis d'évoquer les recommandations de la société d'urologie sur les médicaments de l'urètre :

<http://www.urologie-sante.fr/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/les-medicaments-de-luretre.html>

Il a été discuté des prescriptions hors AMM de Xatral LP chez la femme notamment pour le retrait des sondes vésicales. Le rapport bénéfice / risque semble en défaveur de cette utilisation chez la femme âgée.

Pour l'utilisation de l'alfuzosine chez la femme, il peut avoir été utilisé pour : Traiter des symptômes d'origine neurologique, (dysurie et rétention urinaire neurologique pour lesquelles chez l'homme comme chez la femme, les alpha-bloquants sont prescrits car ils diminuent la résistance urétrale, mais sans AMM)(1,2,3)

- Traiter des incontinences non neurologiques MAIS les dernières recommandations de l'AFU (Association Française d'Urologie) en 2010 précisent qu'il n'y a pas d'indication aux traitements alpha-bloquants dans ce cas(4). Les données dans la littérature sur l'utilisation de l'alfuzosine chez la femme sont donc contradictoires et n'ont pas fait l'objet d'études de qualité scientifique satisfaisante.

## Références:

- 1) Buckley BS and Lapitan MCM Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults . Revue Cochrane 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008023.pub2>
- 2) Amarenco G et Kerdraon J. Vessies neurologiques. EMC [17-012-L-10] - Doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0378\(06\)27113-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0378(06)27113-6)
- 3) Denys P et al. Prise en charge des patients ayant une vessie neurologique en France : une enquête du groupe d'études de neurourologie de langue française (GENULF) Progrès en urologie (2012) 22, 540—548 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2012.02.004>
- 4) Hermieu JF, Conquy S, Leriche B, Debodinance P, Delorme E, Boccon GL, et al. Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. Prog Urol 2010 Feb;20 Suppl 2:S94-S99. doi:10.1016/S1166-7087(10)70002-6

### 5. **Intérêt de la mélatonine dans le traitement de l'insomnie**

Aide au sevrage des benzodiazépines, si nécessaire à l'arrêt du traitement

Le CIRCADIN®, indiqué pour traiter à court terme l'insomnie primaire chez le patient âgé de plus de 55 ans. La mélatonine favorise l'endormissement et augmente la durée du sommeil.

En novembre 2017, à l'initiative de Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil (Sfrms) et la Société de Pneumologie de Langue Française (Splf), des experts se sont réunis pour délivrer un avis éclairé sur les possibles utilisations de la mélatonine.

Les experts se sont prononcés sur l'utilisation de la mélatonine envers les :

- Troubles du rythme circadien : Il s'agit de patients présentant un endormissement et un réveil trop tardif (syndrome du retard de phase).



On utilise une dose variable de mélatonine à libération immédiate pendant 4 à 6 semaines, 3 à 6 mg administrés 1 à 2 h avant l'endormissement en monothérapie

La mélatonine pourrait apporter une réponse partielle à la surconsommation de benzodiazépines et apparentés en évitant leurs recours trop fréquents.

Le rapport efficacité/tolérance de la mélatonine LP apparaît favorable à court terme.

NB : La réponse au problème de l'insomnie ne doit pas se limiter à une approche médicamenteuse. Il faut également rappeler les règles essentielles d'hygiène du sommeil

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-1/bat\\_web\\_fbun\\_circadin\\_cv\\_101109.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-1/bat_web_fbun_circadin_cv_101109.pdf)

## **6. Quelles sont les molécules de choix dans le traitement de 1ère intention de la dépression chez le sujet âgé ?**

1ère intention : ISRS à dose progressive à posologies adaptées à la PA

-Citalopram: 10mg/j – maximum 20mg/j

-Escitalopram: 5mg/j – maximum 10mg/j...

Pour rappel l'ANSM a attiré en 2011 l'attention des professionnels sur l'allongement dose dépendant de l'onde QT de ces molécules.

<http://ansm.sante.fr/content/download/37417/491635/version/1/file/lp-111206-citalopram.pdf>

6-12 semaines pour évaluer efficacité d'un traitement antidépresseur

Selon le profil patient, il est possible d'utiliser les IRSNA (mirtazapine) ou la miansérine

Une augmentation posologique à 60 mg de miansérine peut s'avérer nécessaire pour obtenir un effet.

*Rappel* : les traitements imposent une longue durée et une poursuite au minimum 1 an après disparition des symptômes

## **7. Pas d'intérêt pour le furosémide à faible dose**

Le furosémide, (faible effet anti-muscarinique) n'est pas indiqué au long cours pour traiter les hypertendus âgés.

Il n'est pas non plus indiqué dans le traitement de l'IC chronique, hormis temporairement en cas de signes congestifs, dans ce cas, la posologie ne doit pas être réduite.

Une prescription de Furosémide est définie inappropriée dès lors qu'elle est réalisée hors recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) à la fois sur les indications et la dose administrée.

20mg= « Under use »

