

Cas cliniques d'iatrogénie chez la personne âgée

CAS CLINIQUE N° 1 :

- Patient âgé de 88 ans.
- Antécédents : AVC ischémique en 1998
HTA
Néoplasie prostatique opérée en 1999
- Traitement habituel : HYZAAR® 1/j, ENANTONE® 1 inj IM/mois, ETIOVEN® 1/j, DRIPTANE® 1/j, DEROXAT® 1/j, STILNOX® 1/j.
- Hospitalisation le 2 janvier pour une poussée hypertensive (TA 26/12) avec survenue d'un syndrome confusionnel : désorientation, hallucinations, agitation nocturne depuis une semaine.
- Diagnostic évoqué : Encéphalopathie hypertensive
- Contrôle de la TA après un traitement adapté , TA 15/8 le 3 janvier.
- Mais persistance des troubles cognitifs : confusion, agitation , hallucination visuelles et auditives.
- Le scanner cérébral : simple atrophie cortico sous corticale modérée.
- Apparition d'une sécheresse buccale, fécalome et globe vésical => arrêt du DRIPTANE® le 6 janvier.
- Evolution favorable : patient calme et cohérent dès le 8 janvier.

DISCUSSION :

- **DRIPTANE® = oxybutinine.**
- **Antispasmodique de type anticholinergique.**
- **Indication : incontinence urinaire, impériosité et pollakiurie en cas d'instabilité vésicale.**
- **Effets indésirables atropiniques : troubles cognitifs, confusion, hallucination, agitation, sécheresse des muqueuses, constipation, rétention urinaires.**
- **Sujets âgés plus sensibles aux anticholinergiques.**
- **Evolution favorable après l'arrêt du traitement => imputation probable de ce dernier.**

- **Start ? :**
- **Un traitement AAP à petite dose (KARDEGIC® 75 mg/j) est indiqué, sauf si contre indication pas renseignée dans les antécédents.**
- **Stop ? :**
- **Le STILNOX® est il toujours indiqué, a-t-il débuté à moitié dose ? nécessité d'augmenter vu l'absence de réponse ?**
- **Le traitement veinotonique n'a pas prouvé son efficacité, en l'arrêtant ça fera une prise médicamenteuse de moins.**

Médicaments anticholinergiques à éviter (selon les critères de Beers/ Laroche)

Antidépresseurs imipraminiques :
clomipramine, amoxapine,
amitriptyline, maprotiline,
dosulépine, doxépine, trimipramine,
imipramine

Anafranil[®], Défanyl[®], Laroxy[®],
Elavil[®], Ludiomil[®], Prothiaden[®],
Quitaxon[®], Surmontil[®], Tofranil[®]

Neuroleptiques phénothiazines :
chlorpromazine, fluphénazine,
propériciazine, lévomépromazine,
pipotiazine, cyamémazine,
perphénazine

Largactil[®], Moditen[®], Modécate[®],
Neuleptil[®], Nozinan[®], Piportil[®],
Tercian[®], Trilifan Retard[®]

Hypnotiques aux propriétés
anticholinergiques : doxylamine,
acéprométazine en association,
alimémazine

Donormyl[®], Noctran[®],
Mépronizine[®], Théralène[®]

Antihistaminiques H1 :
prométhazine, méquitazine,
alimémazine, carbinoxamine,
hydroxyzine, bromphéniramine,
dexchlorphéniramine,
dexchlorphéniramine–bétaméthasone,
cyproheptadine, buclizine

Phénergan[®], Primalan[®], Quitadrill[®],
Théralène[®], Sirop Teyssèdre[®],
Allergefon[®], Atarax[®], Dimégan[®],
Polaramine[®], Célestamine[®],
Périactine[®], Aphilan[®]

Antispasmodiques avec des
propriétés anticholinergiques :
oxybutinine, toltérodine, solifénacine
Association de médicaments ayant
des propriétés anticholinergiques

Ditropan[®], Driptane[®], Détrusitol[®],
Vésicare[®]

Autres médicaments anti cholinergiques à éviter

Anti nauséeux, anti rhinite, antitussifs, anti vertigineux ayant des propriétés anticholinergiques

Aphilan®, Nausicalm®, Mercalm®, Vogalène®, Rhinathiol®, Toplexil®, Actifed®, Humex®.

Cas clinique N° 2 :

- Mr âgé de 81 ans.
- Adressé aux urgences le 16/4 pour chute.
- Antécédents : AVC ischémique en 2011, récurrence en 2013 avec hémiparésie droite séquellaire, HTA, Diabète type II, dyslipidémie.
- Traitement habituel : TRIATEC® 5 mg 1/j, HYPERIUM® 1/j, KARDEGIC® 1/j, METFORMINE® 500 1/j, DAONIL® 25 ½ x 2/j, LEXOMIL® ½ le soir, HALDOL® 20 gouttes le soir, DOLIPRANE® 2 à 3 g/j.
- Examen clinique normal, test d'hypotension orthostatique positif, ECG : rythme sinusal.
- Biologie : NFS normale, CRP normale, Na⁺ 144 mmol/l, K⁺ 4.1 mmol/l, glycémie 3.9 mmol/l, HbA1c 5.7%, créat 99µmol/l clairance=40ml/min
- **Origine iatrogène de la chute ?**

- **Oui : Médicaments potentiellement inappropriés =>
Rôle des antihypertenseurs dans l'HTO.
Hypoglycémiant alors que hypoglycémie et HbA1c
basse
Les psychotropes majorent le risque de chute**

STOP ? :

Sulfamide hypoglycémiant.
Benzodiazépine à demi-vie longue.
Antihypertenseur centraux.
HALDOL®.