

# Risques iatrogéniques chez le sujet âgé

*Dr A.KHELIFA*

# 1) RISQUE D'ERREUR, D'OUBLI

- Surdosage
- sous-dosage
- rupture de traitement: Bêta-bloquants; clonidine, SSRI

## 2) EFFETS SECONDAIRES

- **AINS**: HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE  
VERTIGES; RETENTION HYDRO-SODÉE
- **ANTIPARKINSONIENS**: NAUSÉES, VOMISSEMENTS  
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE  
CONFUSION, HALLUCINATIONS
- **ANTIDÉPRESSEURS**:  
EFFETS ANTICHOLINERGIQUE: rétention urinaire; glaucome,  
constipation EFFETS ADRENERGIQUES: chutes de TA, tachycardie,  
troubles rythme et de conduction
- **BENZODIAZEPINES** : sédation excessive, chutes  
par effet myorelaxant, risque d'accumulation de la  
substance ou de ses métabolites

### 3) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

- AINS / LITHIUM
- DIURETIQUES/FLUOXETINE
- ANTICOAGULANTS/ .....
- SULFAMIDES  
HYPOGLYCEMIANTS/.....
- AMIODARONE/DIGOXINE

## 4) RISQUE D'ACCUMULATION

- FLUOXETINE
- SULFONYLUREES: Glibenclamide: Daonil<sup>o</sup>: longue durée d'action
- DIGOXINE ( 0,125 mg/j) (élimination rénale)
- Amiodarone: bradycardie excessive, effet inotrope négatif

## 5) RISQUES D'AGGRAVATION D'UNE PATHOLOGIE PRÉEXISTANTE

- Insuffisance rénale à minima et:  
produits de contraste, IEC ou  
diurétiques
- B-bloquants, antiarythmiques et  
décompensation cardiaque

## 6) RISQUES D'AGGRAVATION PAR UNE PATHOLOGIE INTERCURRENTENTE

- Ex.: déshydratation et hypotension en cas de diarrhée chez un patient qui prend des diurétiques

# Attention aux effets Anti-cholinergiques

- **"périphériques":**
  - sécheresse de bouche
  - accommodation visuelle
  - rétention urinaire, constipation
  - tachycardie
- **"centraux":**
  - agitation
  - hallucinations
  - confusion coma

# Attention aux effets anticholinergiques

- **Classes médicamenteuses incriminées**
- **Tricycliques**
- **Neuroleptiques**
- **Antihistaminiques ( anti H1 et H2 !)**
- **Antiarythmiques**

# Troubles du sommeil: en pratique

- Rassurer: normalité du sommeil avec l'âge
- Phyto: valériane: Valdispert 135 mg, Dormiplant° (= mélisse); Sedinal Plus°
- Antidépresseurs à petite dose:
  - Dosulépine (Prothiaden°) 25 mg (attention aux CI)
  - Trazodone(non com en France) :1/2 cp à 100 mg
  - Amitriptyline(Laroxyl) 10 mg
- Benzodiazépines si nécessaire: T 1/2 court: Temesta, Seresta, Stilnox, Imovane

# HTA: en pratique

- Diurét.: hydrochlorothiazide 12,5 à 25 mg
- B-bloquants: 2,5 à 5 mg Bisoprolol ou 12,5 à 25 mg aténolol
- IEC: 2,5 à 10 mg énalapril ou lisinopril
- Sartans si CI aux IEC
- (Inhibiteurs calciques: utilité difficile à cerner)
- (Alpha-bloquants: risque d'hypotension orthostatique)

# HTA: commentaires

- Objectifs: prévention AIT, AVC, coronaropathies, démence vasculaire, décompensation cardiaque
- Traiter si TA > 160/95 ( 140/90 en cas de diabète type 2)
- HTAS + dangereuse que HTAD
- Après 85 ans ? Peut-être réduction morbidité, pas de recommandations définitives
- Antagonistes calciques: (dihydropyridines ex.: amlodipine)
  - Risque AVC: un peu mieux que diurét./BB, pas mieux que IEC
  - Risque combiné (AVC, IC, IM, mortalité CV globale): moins bien que diurét./BB et IEC
  - Source: Lancet 2000; 356: 1955-64 (synthèse méthodique)

# Douleur

- Paracétamol: 500 mg à 1 gr 4x/j (max 4 gr/j)
- Tramadol
- AINS: Risque hémorragique digestif, troubles de l'équilibre, rétention hydro-sodée
  - Sans doute moindre avec diclofenac, ibuprofene
  - Peut-être moindre avec COX 2 sélectifs
  - Important avec oxicams

# Diabète type 2

- Sulfonylurées: risques
  - Accumulation: préférer T 1/2 courte: glipizide
    - Attention glibenclamide (Daonil°)
    - Problème: seul ce dernier a prouvé son efficacité préventive sur les complications du diabète type 2
  - Interactions médicamenteuses
    - Potentialisés par alcool, AINS, AVK, BB
    - Diminution par diurétiques, corticoïdes, B-mimétiques

# Diabète type 2

- Risques de la métformine
- acidose lactique en cas de « stress » majeur: infarctus, infection grave, diarrhée avec déshydratation, décompensation cardiaque
- Insuffisance rénale aiguë en cas d 'injection de produite de contraste
  - => stop 48 H avant

# Conclusions pratiques (1)

- Majoration du risque de iatrogenèse:
  - Homéostasie + fragile (ex.: barorécepteurs)
  - Polypharmacologie
- Compliance médicamenteuse + difficile
  - Beaucoup de médicaments
  - Difficulté de compréhension de leur utilité
  - Déficit d'information venant du médecin (chronophage!)
  - Déficits sensoriels et/ou cognitifs
- Multiplicité des plaintes => sentiment d'impuissance du médecin => inflation de médicaments

# Conclusions pratiques (2)

- Penser à une forme adéquate
  - Comprimés trop petits ou soit-disant « sécables »
  - Gouttes difficiles à compter
  - Sirops: utiles en cas de troubles de déglutition mais difficulté de maniements de certains flacons dits « de sécurité »
  - Suppositoires ???
  - Magie de l'injection (rarement indiquée sur le plan pharmacol.
- Systématiser le « tableau posologique » et en vérifier la compréhension
- Ajout d'un médicament => suppression d'un autre ?

# Conclusions pratiques (3)

- Attention aux médicaments « clandestins » (« prêtés » par le voisin ou un proche: AINS, BZD, AB)
- « ALICAMENTS », « TRAITEMENTS ANTI-ÂGE » ??
  - DHEA
  - Glucosamine et extraits cartilagineux
  - Antioxydants: vitamine A, E et C; sélénium, Zinc, ....
  - Phytoestrogènes
  - Acide hyaluronique intra-articulaire
  - Etc.....
- Quelle demande traduisent-ils ?

# Pour estimer la fonction rénale

- Formule de Cockroft:

- $\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids(kg)}}{72 \times \text{créat. (mg/dl)}}$  ( x 0,85 pour les femmes)
- Ex.: Denise, 77 ans, 120 kg, urée: 113 mg/dl, créat.: 2,0 mg/dl => Clairance de 44,625 ml