



omedit
Bourgogne

Conciliation médicamenteuse : mise en pratique

15/09/2016

Anne-Laure CLAIRET – AHU

Blandine GERARD – Assistante spécialiste

Pôle pharmaceutique – CHRU Besançon

Mr P

- Homme, âgé de 82 ans
- Entre en gériatrie 15/09/2016
 - transfert des Urgences
 - Pour AEG et troubles de la conscience (G10)

Mr P

- ATCD :
 - Syndrome parkinsonien
 - HTA
 - ACFA
 - Rétinite pigmentaire
 - Fracture col du fémur : séjour en traumatologie du 06/09/2016 au 13/09/2016

Mr P

- OMA (Ordonnance Médicale à l'Admission)
 - Digoxine 0,250mg: 1cp/jour
 - Atenolol 100mg: 0,5cp/jour
 - Eliquis 2,5mg: 1-0-1
 - Stalevo 100/37,5/200: 1-1-1-1
 - Trivastal 20mg: 1-1-1-1
 - Lysanxia 40mg: 1cp à 22h

BMO

CONCILIATION D'ENTRÉE

Sources BMO – Mr P

Information datée du	25/07/2016		13/09/2016		15/09/2016		13/09/2016	
Source d'information	Médecin traitant		Pharmacien d'officine		DM		Service Traumatologie	
Médicament forme/voie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie
1 Hemigoxine	0,125 mg	1/jour	0,125 mg	1/jour	0,125 mg	2/jour	0,125 mg	1/jour
2 Tenormine	50 mg	½ / jour	50 mg	½ / jour	50 mg	1 / jour	50 mg	½ / jour
3. Indapamide LP	1,5 mg	1 le matin	1,5 mg	1 le matin	1,5 mg	1 le matin	1,5 mg	1 le matin
4. Eliquis	2,5 mg	1-0-1	2,5 mg	1-0-1	2,5 mg	1-0-1	2,5 mg	1-0-1
5 STALEVO	150/37,5/200 mg	1-1-1-1	150/37,5/200 mg	1-1-1-1	150/37,5/200 mg	1-1-1-1	150/37,5/200 mg	1-1-1-1
6 TRIVASTAL	20 mg	1-1-1-1	20 mg	1-1-1-1	20 mg	1-1-1-1	20 mg	1-1-1-1
7 Lysanxia gouttes	15 mg/mL	20 gouttes à 22h						
8. Lysanxia cp			40 mg	1 à 22h	40 mg	1 à 22h	40 mg	1 à 22h
9 Tobradex				1 goutte toutes les 6 heures		1 goutte toutes les 6 heures		1 goutte toutes les 6 heures
10 Dacryoserum				Si besoin		Si besoin		Si besoin

Conclusion BMO – Mr P

LE PATIENT		Date d'admission : 15/09/2016		N° de fiche :					
Motif d'hospitalisation : AEG et troubles de la conscience (G10)			Antécédents : Syndrome parkinsonien – HTA – ACFA - Rétinite pigmentaire - Fracture col du fémur : séjour en traumatologie du 06/09/2016 au 13/09/2016						
Allergies médicamenteuses : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Si OUI, lesquelles ? Intolérance à l'indapamide, alteis							
Sexe : Masculin Taille (cm) : 172 cm Poids (kg) : 62 kg		Douleur :		Albuminémie (g/L) :					
Créatininémie (µmol/L) : 155		Clairance (ml/min) :		Glycémie (mmol/L) : 7,44					
		Kaliémie (mmol/L) : 4,9		Natrémie (mmol/L) : 140					
				INR :					
Préparation des doses administrées : <input checked="" type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Aide à domicile <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Famille (époux(se), enfant...)									
PROFESSIONNELS DE SANTE			AVIS CRPV						
Médecin traitant (nom+tél) : Dr GEVEMIEU			Cause iatrogène d'une hospitalisation recherchée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
Pharmacie (nom+tél) : Pharmacie DU COIN			Si OUI : <input type="checkbox"/> Certain <input type="checkbox"/> Probable						
Médecin spécialiste (nom+tél) : Dr PROTHESE			<input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Improbable						
INFORMATIONS									
BMO: par:		Statut OMA: __/__/__ par:		C/D					
Médicament (nom, forme, dosage)		Posologie		DI/ DNI					
				Cotation modifications					
				Si DNI, modif O/N					
1	Hemigoxine 0,125	1/j	M	Digoxine 0,250	1/j	D	DNI		O
2	Tenormine 50	½ /j	M	Atenolol 100	½ /j	D	DNI		O
3	Indapamide LP 1,5	1-0-0	Ar			D	DI	Intolérance	
4	Eliquis 2,5	1-0-1	P	Eliquis 2,5	1-0-1	C			
5	Stalevo 100/37,5/200	1-1-1-1	P	Stalevo 100/37,5/200	1-1-1-1	C			
6	Trivastal 20	1-1-1-1	P	Trivastal 20	1-1-1-1	C			
7	Lysanxia gttte 15 mg/mL	20 gtttes à 22h	M	Lysanxia 40mg	1cp à 22h	D	DNI		O
8	Tobradex	1 gttte toutes les 6 h	Ar				DI	Plus de symptômes	
9	Dacryoserum	SB	Ar				DI	Plus de symptômes	

BILAN BIOLOGIQUE

Mr P

- Données biologiques

	Valeur	Valeurs normales	
Albumine	32 g/L	38-48 g/L	Hypoalbuminémie
Créatinine	155 $\mu\text{mol/L}$	60-115 $\mu\text{mol/L}$	Insuffisance rénale
Clairance rénale	29 ml/min (CK) 40 ml/min (MDRD)	90-140 ml/min	Insuffisance rénale sévère
Glycémie	7,44 mmol/L	3,9-5,5 mmol/L	Hyperglycémie
Kaliémie	4,9 mmol/L	3,5-4,5 mmol/L	Hyperkaliémie
Natrémie	140 mmol/L	135-145 mmol/L	

Insuffisances rénales...

- **IRA seule**
- IRC seule
- IRA sur IRC
- MAIS consignes identiques en terme d'**adaptation posologique**
 - Se référer aux **RCP**

Calcul de clairance rénale

Sexe du patient		<input checked="" type="radio"/> M - <input type="radio"/> F	
Le patient a-t'il la peau noire (<i>pour MDRD</i>)		<input checked="" type="radio"/> Non - <input type="radio"/> Oui	
Age du patient	en années	<input type="text" value="82"/>	
Poids du patient	kg	<input type="text" value="62"/>	
Créatininémie du patient	μmol/L	<input type="text" value="155"/>	
-> Clairance selon Cockcroft	ml/minute	<input type="text" value="29"/>	<input type="text"/>
-> Clairance selon MDRD	ml/minute	<input type="text" value="40"/>	INS. MODEREE

Adaptation posologique

- Calcul des posologies selon HAS



Février 2012

- Dans RCP

- Adaptation selon formule Cockcroft et Gault

- MAIS

- Préférer clairance selon la méthode MDRD

- Abandonner méthode Cockcroft et Gault



FACT-ICAR

Flash ACtualités Thérapeutiques – ICAR

Adaptation posologique chez le patient insuffisant rénal : Quelle formule utiliser ?



- si celui-ci est âgé de plus de 65 ans et que la formule de CG est utilisée, la fonction rénale sera sous-estimée, et le médicament sera sous-dosé. Si la formule MDRD est utilisée, la fonction rénale sera correctement estimée et le patient recevra la dose adaptée.

Prise en charge thérapeutique – Mr P

DCI	Princeps	Posologie
Digoxine	Digoxine 0,250	1/j
Atenolol	Atenolol 100	½ /j
Apixaban	Eliquis 2,5	1-0-1
Levodopa/Carbidopa/Entacapone	Stalevo 100/37,5/200	1-1-1-1
Piribédil	Trivastal 20	1-1-1-1
Prazépam	Lysanxia 40mg	1cp à 22h

Question

**QUELS SONT LES OBJECTIFS
THÉRAPEUTIQUES ?**

Cardio Vasculaire

DCI	Princeps	Posologie
Digoxine	Digoxine 0,250	1/j
Atenolol	Atenolol 100	½ /j
Apixaban	Eliquis 2,5	1-0-1

- ACFA
- HTA

Cardio Vasculaire et Sujet âgé

A. Système cardiovasculaire

1. Un traitement prolongé par digoxine à une dose $> 125 \mu\text{g}/\text{jour}$ en présence d'une insuffisance rénale* (*augmentation du risque de toxicité*).
2. Un diurétique de l'anse pour le traitement des œdèmes des membres inférieurs associés à l'insuffisance veineuse, c.-à-d. absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque, de décompensation d'une cirrhose hépatique ou d'un syndrome néphrotique (~~*absence d'efficacité démontrée, préférer une contention veineuse*~~).
3. Un diurétique de l'anse en traitement de première intention d'une hypertension essentielle (*alternatives plus efficaces et moins délétères disponibles*).
4. Un diurétique thiazidique chez un patient atteint de goutte (*risque de crise de goutte*).
5. Un β -bloquant non cardiosélectif chez un sujet avec une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) (*risque de bronchospasme*).
6. β -bloquant et vérapamil en association (*risque augmenté de bloc de conduction*).
7. Diltiazem ou vérapamil en présence d'une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV (*risque de majorer l'insuffisance cardiaque*).
8. Un anticalcique sur terrain de constipation chronique (*risque de majorer la constipation*).
9. Aspirine et anti-vitamine K (AVK) en association, sans protection digestive par antagoniste des récepteurs H₂ de l'histamine (anti-H₂) (*exceptée la cimétidine en raison du risque d'interaction avec les AVK*) ou inhibiteurs de la pompe à protons (*risque élevé de saignement gastro-intestinal*).
10. Dipyridamole, en monothérapie, en prévention secondaire des événements cardiovasculaires (*efficacité non démontrée*).
11. Aspirine en présence d'une maladie ulcéreuse gastroduodénale et en l'absence d'une protection digestive par anti- H₂ ou inhibiteurs de la pompe à protons (*risque de saignement gastro-intestinal*).
12. Aspirine à une dose $> 150\text{mg}/\text{jour}$ (*augmentation du risque de saignement sans augmentation démontrée de l'efficacité*).
13. Aspirine ou clopidogrel en l'absence d'une athérosclérose documentée par un événement clinique ou par imagerie, notamment au niveau coronaire, cérébro-vasculaire ou des artères des membres inférieurs (*pas d'indication*).
14. Aspirine ou clopidogrel en traitement de vertiges non clairement attribuables à une origine cérébro-vasculaire (*pas d'indication*).
15. Anti-vitamine K, pour une durée > 6 mois, en traitement d'un premier épisode non compliqué de thrombose veineuse profonde (*pas de bénéfice démontré*).
16. Anti-vitamine K, pour une durée > 12 mois, en traitement d'un premier épisode non compliqué d'embolie pulmonaire (*pas de bénéfice démontré*).
17. Aspirine, clopidogrel, dipyridamole ou anti-vitamine K en présence d'une maladie hémorragique (*haut risque hémorragique*).

* Clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft et Gault estimée $< 50\text{ml}/\text{min}$.

Anticoagulation ACFA SA

Tableau 1
Score CHA₂DS₂-VASc.

Facteurs de risque	Nombre de points
Insuffisance cardiaque/dysfonction ventriculaire gauche	1
HTA	1
Âge ≥ 75 ans	2
Diabète	1
AVC/AIT/accident thromboembolique	2
Maladie vasculaire (IDM ancien, AOMI, athérome aortique)	1
Âge 65–74 ans	1
Sexe féminin	1

AVC: accident vasculaire cérébral; AIT: accident ischémique transitoire; IDM: infarctus du myocarde; AOMI: artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Les spécialités concernées

Antivitamines K

Previscan®,
Coumadine®, Sintrom®

Héparines et apparentés

Lovenox®, Innohep®,
Fragmine®, Arixtra®

Nouveaux anti-coagulants oraux

Xarelto®, Pradaxa®,
Eliquis®

Liste non exhaustive

Mr P = 3 pts => Anticoagulation

Anticoagulation SA

- En cas d'ACFA :
 - Eliquis = 5mg *2/j

 - Eliquis = 2,5 mg *2/j
 - Si au moins 2 critères parmi : âge \geq 80 ans, poids \leq 60 kg ou créat sérique \geq 133 μ mol/L
 - Ou si IR sévère (Cl:15-30mL/min)

Cardio Vasculaire

DCI	Princeps	Posologie
Digoxine	Digoxine 0,250	1/j
Atenolol	Atenolol 100	½ /j
Apixaban	Eliquis 2,5	1-0-1

- Digoxine 0,250 => Hemigoxine 0,125
- Atenolol 50 => Atenolol 25



Parkinson

DCI	Princeps	Posologie
Levodopa/Carbidopa/Entacapone	Stalevo 100/37,5/200	1-1-1-1
Piribédil	Trivastal 20	1-1-1-1

- PEC : Association dopathérapie + piribédil
 - Dyskinésie fin de dose



Difficultés endormissement

DCI	Princeps	Posologie
Prazépam	Lysanxia 40mg	1cp à 22h

- Anxiolytique vs Hypnotique
- Débuter ½ dose chez SA et IRA

Difficultés endormissement

H. Médicaments associés à un risque accru de chute (≥ 1 chute dans les 3 derniers mois)

1. Benzodiazépines (*effet sédatif, réduction des perceptions sensorielles et peut favoriser les troubles de l'équilibre*).
2. Neuroleptiques (*apraxie à la marche et syndrome parkinsonien*).
3. Antihistaminique de première génération (*effet sédatif, réduction des perceptions sensorielles*).
4. Vasodilatateurs connus pour provoquer des hypotensions chez des sujets avec une hypotension orthostatique, c.à.d. perte $> 20\text{mmHg}$ de la pression artérielle systolique dans les 3 minutes suivant le passage de la position couchée à la station debout (*risque de syncope, chutes*).
5. Opiacés au long cours chez des sujets faisant des chutes répétées (*risque de somnolence, d'hypotension orthostatique, de sensations vertigineuses*).

Difficultés endormissement

⚠ **A éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (≥ 20 heures)¹**

hypno-tiques					
	MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48 h	non	4 semaines
anxiolytiques	LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20 h	non	12 semaines
	URBANYL®	Clobazam	20 h	oui	12 semaines
	VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47 h	oui	12 semaines
	VICTAN®	Ethyle loflazépate	77 h	non	12 semaines
	LYSANXIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	NORDAZ®	Nordezépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	TRANXENE®	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h	oui	12 semaines : gél. 5/10 mg ou injectable limitée à 28 j + ordonnance sécurisée : gél. 20 mg

¹ Liste non exhaustive concernant les benzodiazépines et apparentés (agonistes des récepteurs aux benzodiazépines).

² Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, recommandations HAS - octobre 2007.

³ Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise ANSM - décembre 2013.

⁴ Définition adoptée dans une étude conduite dans la cohorte des 3 cités (Nathalie Lachevallier-Michel et al : European Journal of Clinical Pharmacology 2004).

Fiche actualisée sur la base de la fiche réalisée avec la contribution des Prs J. Doucet et S. Legrain et en accord avec la HAS (2008).

Difficultés endormissement

DCI	Princeps	Posologie
Prazépam	Lysanxia 40mg	1cp à 22h

- Demi vie longue
- + DNI suite conciliation
- Responsable état comateux ?



Difficultés endormissement

DCI	Princeps	Posologie
Prazépam	Lysanxia 40mg	1cp à 22h

- Demi vie longue
- + DNI suite conciliation
- Responsable état comateux ?
 - OUI : test positif à l'ANEXATE (flumazenil)



Mme H

- Femme de 86 ans
- Entrée en gériatrie 17/03/2016
 - Transfert des Urgences
 - Pour maintien à domicile difficile et hémiparésie droite

Mme H

- ATCD :
 - HTA
 - Dyslipidémie
 - Hypothyroïdie substituée
 - Rupture de la coiffe des rotateurs droits
 - Arthropathie

Mme H

- OMA (Ordonnance Médicale à l'Admission)
 - Cordarone 200mg: 1-0-0
 - Lovenox 4000UI/ml: 1/jour
 - Lercanidipine 10mg: 1-0-0
 - Loxen 20mg: 1-1-1-1 Si tension trop élevée
 - Crestor 10mg: 0-0-1
 - Doliprane 500mg: 2-2-2
 - Movicol 13g: 1-1-0
 - Levothyrox 50µg: 1,5-0-0
 - Levetiracetam 500mg: 1-0-1
 - Urbanyl 10mg: 0,5-0,5-0,5

BMO

CONCILIATION D'ENTRÉE

BMO sources – Mme H

Information datée du	16/12/2015		15/03/2016		17/03/2016	
Source d'information	Sortie de rhumatologie		Ordonnance du SSR (est en SSR depuis la sortie de rhumato)		DM	
Médicament forme/voie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie
1 Cordarone			200mg	1 0 0	200mg	1 0 0
2 Xarelto			15mg	0 0 1	15mg	0 0 1
3 Esidrex	25mg	1 0 0	25mg	1 0 1	25mg	1 0 1
4 Pravastatine	20mg	0 0 1	20mg	0 0 1	20mg	0 0 1
5 Ixprim			37,5/325	0 0 1	37,5/325	0 0 1
6 Doliprane			500mg	1 1 1	500mg	1 1 1
7 Macrogol			4000	1 1 1	4000	1 1 1
8 Levothyrox	50µg	1,5 0 0	75µg	1 0 0	75µg	1 0 0
9 Dexeryl				1 application		1 application
10 Diffu K	600mg	1 1 1				

Conclusion BMO – Mme H



FICHE DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE A L'ADMISSION

ETIQUETTE PATIENT

Page
.../...

Arrivée via les urgences Hospitalisation programmée Transfert Patient interrogeable : OUI NON

LE PATIENT		Date d'admission : 17/03/2016	N° de fiche :
Motif d'hospitalisation : Maintien à domicile difficile et hémiparésie droite		Antécédents : HTA, dyslipidémie, hypothyroïdie substituée, rupture de la coiffe des rotateurs droits, arthropathie	
Allergies médicamenteuses :	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Si OUI, lesquelles ?	
Sexe : Féminin	Taille (cm) : 175 cm	Poids (kg) : 81 kg	Douleur :
Créatininémie (µmol/L) : 118,5	Clairance (ml/min) : 38,4	Kaliémie (mmol/L) : 3,9	Albuminémie (g/L) : 32
			Glycémie (mmol/L) : 8,89
			Natrémie (mmol/L) : 136
			INR :
Préparation des doses administrées :	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/> IDE <input checked="" type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Famille (époux(se), enfant...)

PROFESSIONNELS DE SANTE			
Médecin traitant (nom+tél) : Dr GEVEMIEU			
Pharmacie (nom+tél) : Pharmacie DU COIN			
Médecin spécialiste (nom+tél) : Dr PROTHESE			

INFORMATIONS								
BMO:	par:	Statut	OMA: __/__/__	par:	C/D	DI/DNI	Cotation modifications	Si DNI, modif O/N
Médicament (nom, forme, dosage)	Posologie	(AJ/AR/MI/7/30/3P)	Médicament (nom, forme, dosage)	Posologie				
1	CORDARONE 200mg	1 0 0	P	CORDARONE 200mg	1 0 0	C		
2	XARELTO 15 mg	0 0 1	M	LOVENOX 4000ui/ML	1/jour	D	DI	Prévention
3	ESIDREX 25mg	1 0 1	AR			D	DI	Hypokaliémiant
4			AJ	LERCANIDIPINE 10mg	1 0 0	D	DI	adaptation car stop Esidrex
5			AJ	LOXEN 20mg	1 1 1 1	D	DI	si poussée HTA
6	PRAVASTATINE 20mg	0 0 1	M	CRESTOR 10mg	0 0 1	D	DNI	O
7	IXPRIM 37,5/325 mg	0 0 1	AR			D	DI	Indication? Effets secondaires
8	DOLIPRANE 500	1 1 1	M	DOLIPRANE 500mg	2 2 2	D	DI	Adaptation douleurs
9	MACROGOL 4000	1 1 1	M	MOVICOL 13G	1 1 0	D	DI	Livret
10	LEVOTHYROX 75µg	1 0 0	P	LEVOTHYROX 50µg	1,5 0 0	C		
11	DEXERYL	SB	AR			D	DI	Plus d'indication
12			AJ	LEVETIRACETAM 500mg	1 0 1	D	DI	Crise épilepsie
13			AJ	URBANYL 10mg	0,5 0,5 0,5	D	DI	Crise épilepsie

BILAN BIOLOGIQUE

Mme H

- Données biologiques

	Valeur	Valeurs normales	
Albuminémie	32 g/L	38-48 g/L	Hypoalbuminémie
Glycémie	8,89 mmol/L	3,9-5,5 mmol/L	Hyperglycémie
Créatininémie	118,5 µmol/L	60-115 µmol/L	
Clairance rénale	39ml/min (CK) 40 ml/min (MDRD)	90-140 ml/min	Insuffisance rénale modérée
Kaliémie	3,9mmol/L	3,5-4,5 mmol/L	
Natrémie	136 mmol/L	135-145 mmol/L	

Prise en charge thérapeutique – Mme H

DCI	Princeps	Posologie
Amiodarone	Cordarone 200mg	1 0 0
Enoxaparine sodique	Lovenox 400UI/0,4ml	1/jour
Rosuvastatine	Crestor 10mg	0 0 1
Lercanidipine	Lercan 10mg	1 0 0
Nicardipine	Loxen 20mg	1 1 1 1
Levothyroxine sodique	Levothyrox 50µg	1,5 0 0
Levetiracetam	Keppra 500mg	1 0 1
Clobazam	Urbanyl 10mg	0,5 0,5 0,5
Paracétamol	Doliprane 500mg	2 2 2
Macrogol	Movicol 13g	1 1 0

Question

**QUELS SONT LES OBJECTIFS
THÉRAPEUTIQUES ?**

Cardio Vasculaire

DCI	Princeps	Posologie
Amiodarone	Cordarone 200mg	1 0 0
Enoxaparine sodique	Lovenox 400UI/0,4ml	1/jour
Lercanidipine	Lercan 10mg	1 0 0
Nicardipine	Loxen 20mg	1 1 1 1
Rosuvastatine	Crestor 10mg	0 0 1

- ACFA
- HTA
- Dyslipidémie
 - DNI suite à conciliation



Anticoagulation ACFA SA

Tableau 1
Score CHA₂DS₂-VASc.

Facteurs de risque	Nombre de points
Insuffisance cardiaque/dysfonction ventriculaire gauche	1
HTA	1
Âge ≥ 75 ans	2
Diabète	1
AVC/AIT/accident thromboembolique	2
Maladie vasculaire (IDM ancien, AOMI, athérome aortique)	1
Âge 65–74 ans	1
Sexe féminin	1

AVC: accident vasculaire cérébral; AIT: accident ischémique transitoire; IDM: infarctus du myocarde; AOMI: artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Mme H = 4 pts => Anticoagulation
« curative »

Mais saignements intracrâniens

Les spécialités concernées

Antivitamines K

Previscan®,
Coumadine®, Sintrom®

Héparines et
apparentés

Lovenox®, Innohep®,
Fragmine®, Arixtra®

Nouveaux anti-
coagulants oraux

Xarelto®, Pradaxa®,
Eliquis®

Liste non exhaustive



Anticoagulation et cancer



- Epidémiologie
 - 15 à 20 % des patients avec cancer : MTEV et EP
 - Incidence 4 – 7 * plus que population générale
 - Facteur pronostique défavorable : diminution de la survie
 - 2^{nde} cause DC par cancer :
 - thrombose ou hémorragie

Anticoagulation et cancer



- Facteurs de risque

Patient-related factors

- Older age
- Gender (Female)
- Ethnic origin (higher in African Americans; lower in Asian-Pacific Islanders)
- Comorbidities (obesity, renal disease, pulmonary disease neutropenia, infection)
- Prior history of venous thromboembolism
- Lower performance status
- Immobilisation
- Heritable prothrombotic mutations (Factor V Leiden, prothrombin gene mutation)

Cancer-related factors

- Primary tumour site (pancreatic, ovarian, kidney, lung, gastric, brain, and haematologic)
- Histologic subtype (adenocarcinoma > squamous cell carcinoma)
- Locally advanced tumours/ distant metastases
- Initial period after diagnosis

Treatment-related factors

- Recent major surgery
- Hospitalisation
- Central venous catheters
- Chemotherapy
- Antiangiogenic agents (bevacizumab, sunitinib, sorafenib)
- Immunomodulatory drugs (thalidomide, lenalidomide)
- Hormonal therapy (tamoxifen)
- Erythropoietin
- Transfusions (platelets, red blood cells)

Anticoagulation et cancer

- Prévention MTEV
 - Si immobilisation
 - Pendant la durée



Surgical cancer patients

- Use of LMWH o.d. or low dose of UFH t.i.d. is recommended; pharmacological prophylaxis should be started 12–2 h preoperatively and continued for at least 7–10 days; there are no data allowing conclusion that one type of LMWH is superior to another [1A]
- There is no evidence to support fondaparinux as an alternative to LMWH [2C]
- Use of the highest prophylactic dose of LMWH is recommended [1A]
- Extended prophylaxis (4 weeks) after major laparotomy may be indicated in cancer patients with a high risk of VTE and low risk of bleeding [2B]
- The use of LMWH for VTE prevention in cancer patients undergoing laparoscopic surgery may be recommended as for laparotomy [Guidance]
- Mechanical methods are not recommended as monotherapy except when pharmacological methods are contraindicated [2C]

Hospitalised medical patients with cancer and reduced mobility


- Prophylaxis with LMWH, UFH or fondaparinux [1B]

Patients receiving chemotherapy

- Prophylaxis is not recommended routinely [1B]
- Primary pharmacological prophylaxis of VTE may be indicated in patients with locally advanced or metastatic pancreatic [1B] or lung [2B] cancer treated with chemotherapy and having a low risk of bleeding
- In patients treated with thalidomide or lenalidomide combined with steroids and/or chemotherapy, VTE prophylaxis is recommended; in this setting, VKA at low or therapeutic doses, LMWH at prophylactic doses and low-dose aspirin have shown similar effects; however, the efficacy of these regimens remains unclear [2C]
- For children and adults with acute lymphocytic leukaemia treated with L-asparaginase, depending on local policy and patient characteristics, prophylaxis may be considered in some patients [Guidance]

LMWH, low-molecular-weight heparin; UFH, unfractionated; VKA, Vitamin K antagonists; VCF, Vena cava filters; CVC, central venous catheter; CRT, catheter related thrombosis. Recommendations were established based on these assessments and the corresponding levels of evidence, as well as the balance between desirable and undesirable effects, values and preferences, and costs. They were classified as Strong (Grade 1 Guideline) or Weak (Grade 2 Guideline) based on the degree of confidence that the desirable effects of adherence to a recommendation outweigh the undesirable effects. In the absence of any clear scientific evidence, judgment was based on the professional experience and consensus of the international experts within the working group and defined as Best Clinical Practice [Guidance].

Statines et CYP

- Simvastatine et atorvastatine
 - métabolisme par le CYP3A4 et inhibiteurs de la Pgp
- Fluvastatine
 - métabolisme par le CYP2C9
- Rosuvastatine
 - métabolisme minimal par le CYP2C9 et 2C19
- Pravastatine
 - peu métabolisée par les CYP 450
 -  Préférence pour cette statine

Neurologie

DCI	Princeps	Posologie
Levetiracetam	Keppra 500mg	1 0 1
Clobazam	Urbanyl 10mg	0,5 0,5 0,5

- PEC épilepsie
 - Suite lésions hémorragiques intracrâniennes



Autres

DCI	Princeps	Posologie
Levothyroxine sodique	Levothyrox 50µg	1,5 0 0
Paracétamol	Doliprane 500mg	2 2 2
Macrogol	Movicol 13g	1 1 0

- Hypothyroïdie
- Douleurs
- Constipation



CONCILIATION DE SORTIE

Fiche de liaison

Biologie de sortie :

Poids (kg) : 85,4
Kaliémie (mmol/L) : 3,5

Clairance (ml/min) : 58
Natrémie (mmol/L) : 139

Créatininémie (µmol/L) : 82,8

TRAITEMENT D'ENTRÉE		Statut (ajouté, arrêté, modifié, poursuivi, substitué, suspendu)	TRAITEMENT DE SORTIE		Motif des modifications	
Médicament (nom, forme, dosage)	Posologie		Médicament (nom, forme, dosage)	Posologie		
1	ESIDREX 25mg	1 0 1	Modifié	LASILIX 40mg	1 0 0	Œdème
2	CORDARONE 200mg	1 0 0	Arrêté			Pas d'indication
3	XARELTO 15mg	0 0 1	Arrêté			Lésions cérébrales hémorragiques
4	PRAVASTATINE 20mg	0 0 1	Arrêté			Pas d'indication
5	LEVOTHYROX 75µg	1 0 0	Poursuivi	LEVOTHYROX 50µg	1,5 0 0	
6	DOLIPRANE 500	1 1 1	Modifié	DOLIPRANE 500	2 2 2	Douleurs / Augmentation car arrêt de l'ixprim
7	IXPRIM 37,5/325	0 0 1	Arrêté			Iatrogénie
8			Ajouté	SERESTA 10mg	½ - ½ - ½ - ½	Syndrome anxio-dépressif
9			Ajouté	MIANSERINE 60mg	0 0 ½	Syndrome anxio-dépressif
10			Ajouté	LETROZOLE 2,5mg	1 0 0	Découverte de cancer
11			Ajouté	KEPPRA 500mg	1 0 1	Lésions cérébrales
12	MACROGOL 4000	1 1 1	Modifié	MOVICOL 13g	1 1 0	Optimisation thérapeutique
13			Ajouté	UVEDOSE 100000 UI	1amp/15jours	Hypovitaminose D
14	DEXERYL	1 application	Arrêté			
15						
16						
17						

Besançon le : __/__/2016

Validation pharmaceutique (Nom, Fonction, Signature) :

Validation médicale (Nom, Fonction, Signature) :

Document remis au patient à sa sortie Document envoyé au médecin traitant Document envoyé au pharmacien Document envoyé à l'institution _____

Seule la version électronique du document sur Gesqual est valide.

N° de la procédure associée : CMECBU210PC04XXX

Rédigé par : B. Gerard

EN CONCLUSION

Mme H

- Carcinome mammaire bilatéral multi métastatique
- Pas de prévention MTEV en sortie d'hospitalisation
 - Réadmise pour TVP brachiale droite 10 jours plus tard

Conciliation

- Sujets à risque
- Activité pharmacie clinique
- Niveau III
- Facilite l'échange entre professionnels de santé