Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker
Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux
Società svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
Swiss Society of Public Health Administration and Hospital Pharmacists

FORMATION CONTINUE GSASA
PHARMACIE CLINIQUE

Présentation de cas

Camille Stampfli
Pharmacienne MAS

04.12.2019
PHARMACIE DU CHUV

Déclaration conflits d'intérêts

- Intérêt financiers ou de propriétés
  - Aucun
- Activités pour l'industrie pharmaceutique et autres entreprises de santé
  - Aucun
- Fonds fournis par tiers / dons
  - Aucun
- Relations personnelles
  - Aucunes
- Autres affiliations
  - Aucunes

Plan de l'atelier

1. Présentation du cas *~ 15 min*
2. Travail en groupe *~ 30 min*
3. Discussion et mise en commun *~ 30 min*
4. Catamnèse et conclusion *~ 5 min*

M. C – 94 ans
67.5 kg
172 cm

Aucune allergie

Dernière hospitalisation > 3 ans

<u>Motif d'hospitalisation:</u> Chute à domicile le 29.01

M. C – 94 ans
67.5 kg
172 cm

Aucune allergie

Dernière hospitalisation > 3 ans

Antécédents et comorbidités :

- Cardiopathie ischémique (NSTEMI et stent 2005) et hypertensive
- Diabète type 2 non-insulinorequérant
- Hyperparathyroïdie primaire
  - Ostéoporose fracturaire (D6, D12)
  - Traité par acide zolendronique (2014, 2015 et 2016)
- Status post-hématome sous-dural sur chute (2012)
  - Traité par trépanation ; épilepsie post-opératoire
- Status post-accident ischémique transitoire sylvien sur occlusion artère carotide interne droite (2013)
- Troubles cognitifs débutants
- Syndrome prostatique bénin
  - Troubles vésicaux mixtes
  - Incontinence urinaire d'urgence
- Tumeur rénale droite volumineuse non investiguée selon souhait patient

M. C – 94 ans
67.5 kg
172 cm

Aucune allergie

Dernière hospitalisation > 3 ans

Traitements à l'entrée :

Spécialité	DCI	Dosage	Posologie
Lasix	Furosémide	10 mg	1x/j
Spasmex	Trospium	20 mg	1x/j
Xatral UNO	Alfuzosine	10 mg	1x/j (le soir)
Lyrica	Prégabaline	75 mg	2x/j
Metfin	Metformine	1000 mg	2x/j
-	Clopidogrel	75 mg	1x/j
Movicol	Macrogol 3350	13.125 g	En réserve
Dafalgan	Paracétamol	1000 mg	-

M. C – 94 ans
67.5 kg
172 cm

Aucune allergie

Dernière hospitalisation > 3 ans

Problèmes et diagnostics:

- Troubles de la marche et de l'équilibre avec chute
  - Contusion de la hanche gauche
- Syndrome néphrotique d'origine indéterminée
  - Diagnostic différentiel : syndrome néphrotique d'origine secondaire
- Probable décompensation cardiaque droite

Lors de la visite à J4 (01.02)

Le patient est en anasarque et présente un ralentissement psychomoteur

Traitements lors de la visite pharmaceutique à J4 (01.02)

Médicaments/Perfusions

Calciparine - 5000 UI/0.2mL - solution inj (Héparine calcique)
5000 UI = 0.2 mL sc 2x/j [08:00-20:00]

Clopidogrel - 75 mg - comprimé filmé (Clopidogrel)
75 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]

Torasémide - 10 mg - comprimé (Torasémide)
5 mg = 0.5 cpr po Ordre unique - pour 1 Dose(s); fin le 31.01.2018 (Échu) (en suspens)

Torasémide - 10 mg - comprimé (Torasémide)
10 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]

Temgesic - 0.2 mg - comprimé subling (Buprénorphine)
0.1 mg = 0.5 cpr SL 4x/j [00:00-06:00-12:00-18:00]

Dafalgan - 1 g - comprimé filmé (Paracétamol)
1 g = 1 cpr po 3x/j [08:00-12:00-18:00]

Prégabaline - 75 mg - capsule (Prégabaline)
75 mg = 1 caps po 2x/j [08:00-20:00] 1ère dose anticipée

Movicol - poudre (Macrogol en association)
1 sachet(s) po 1x/j [08:00]

Glucophage - 500 mg - comprimé filmé (Metformine HCl)
1000 mg = 2 cpr po 2x/j [08:00-20:00] (en suspens)

Trajenta - 5 mg - comprimé filmé (Linagliptine)
5 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]

Spasmo-Urgénine Néo - 20 mg - dragée (Trospium chlorure)
20 mg = 1 drag po 1x/j [08:00]

Xatral Uno - 10 mg - comprimé retard (Alfuzosine HCl)
10 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]

PRN Medication

Temgesic - 0.2 mg - comprimé subling (Buprénorphine)
0.2 mg = 1 cpr SL max. 4x/j si douleurs

A reçu 2 doses

Clyssie - clystère (Phosphate monosodique anhydre et Phosphate disodique anhydre)
1 clystère(s) IR max. 1x/j si pas de selles depuis 3j

Laxoberon - 7.5 mg/ml - goutte (Sodium picosulfate)
5 mg = 10 goutte(s) po max. 2x/j si constipation

M. C - 94 ans
67.5 kg
172 cm

Aucune allergie

Dernière hospitalisation > 3 ans

Paramètres cliniques :

	30.01					31.01			01.02
	6h	12h	14h	18h	20h	7h	14h	20h	8h
Poids (kg)						67.45			67.55
Évaluation de la douleur	0				0	6 (8h)			6 (8h)
Température (°C)	35.5	35.6	35.3		35.5	35.9			35.8
TAS (mmHg)	120	103	114	120	144	126	116	127	123
TAD (mmHg)	70	63	64	80	61	76	65	63	80
FC (par min)	64	71	63		61	77	74	84	78

TAS : tension artérielle systolique, TAD : tension artérielle diastolique, FC : fréquence cardiaque

Paramètres laboratoires :

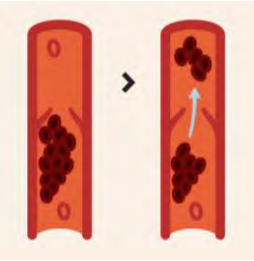
	Analyse (Unité) Valeurs usuelles	29.01	30.01	31.01	01.02
SANG	Na^+ (mmol/L) 135-145	139		138	135
	K^+ (mmol/L) 3.5-4.6	4.7		4.3	4.7
	Créatinine (µmol/L) 62-106	129		155	137
	eGFR (MDRD) (mL/min/1.73m^2)	45		36	42
	eGFR (Cockcroft) (mL/min)	29.6		24.6	27.9
	Urée (mmol/L) 2.9-7.7	11.8		13.7	13.4
	Albumine (g/L) 35-52	24		20	22
	Cholestérol total (mmol/L) <5.0				3.5
	Cholestérol HDL (mmol/L) >1.0				1.2
	Ratio Chol tot/HDL <5.0				2.9
	Triglycérides (mmol/L) < 2.0				0.9
	Cholestérol LDL calculé (mmol/l) <3.0				1.9
	Leucocytes (G/L) 4.0-10.1	11.6			7.7
	Erythrocytes (T/L) 4.4-5.8	4.06			3.57
	Hémoglobine (g/L) 133-177	121			106
	Plaquettes (G/L) 150-350	146			70
URINE	Créatinine (µmol/L)	6090		9571	
	Protéines totales (g/L)	17.57		9.80	
	Protéines tot./Créat. urine (g/mol)	2885		1024	

Syndrome néphrotique

Pas de symptômes spécifiques

→ CLUSTER symptômes et signes cliniques

Œdèmes



Hypercoagulabilité

- **Protéinurie ≥ 3.5 g / 24h**
- Lipidurie

- **Hypoalbuminémie < 30 g/L**
- Hyperlipidémie

Syndrome néphrotique
étiologie

- Idiopathique ou 1aire ~ 70%
  - Glomérulonéphropathie à lésion glomérulaire minime
  - Glomérulosclérose focale et segmentaire
  - Glomérulonéphrite membraneuse
- Secondaire ~ 30%
  - Maladies métaboliques : diabète sucré
  - Maladie systémique : lupus érythémateux, polyarthrite rhumatoïde, amyloïdose
  - Médicaments : rifampicine, anti-inflammatoires non stéroïdiens
  - Infection : HIV, hépatites B ou C, endocardite bactérienne
  - Néoplasie : tumeurs solides, lymphomes
  - Autres causes possibles : hypertension artérielle, grossesse, obésité

→ Biopsie rénale

Syndrome néphrotique
complications possibles

- Ascites, épanchements pleuraux ou péricardiques
- Thromboembolies
- Infections
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie

} Facteurs de risque cardio-vasculaire

- Métabolisme osseux
  - Hyperparathyroïdie 2aire, carence en vitamine D
  - Si corticoïdes : risque d'ostéoporose
- Insuffisance rénale aigue/chronique

Syndrome néphrotique
prise en charge

Non-spécifique :

- Contrôle des œdèmes et néphroprotection
- Blocage du système rénine-angiotensine-aldostérone
- Traitement hypolipémiant
- Anticoagulation prophylactique
- Mesures diététiques
  - Restriction hydro-sodée
  - Apport en protéines, calcium et/ou vitamine D
- Vaccination anti-grippale et anti-pneumococcique

Spécifique : ttt agent causal et/ou immunosuppression

ttt: traitement

Réflexion en petit groupe

1. La prise en charge du syndrome néphrotique de M. C est-elle adéquate ?
2. Pourquoi les plaquettes sont-elles diminuées et que pourrait-on proposer ?
3. Que peut-on améliorer pour diminuer le risque de chutes ?
4. Quid du traitement antalgique de M.C ?

À vous de jouer !

Réflexion en petit groupe

1. La prise en charge du syndrome néphrotique de M. C est-elle adéquate ?
2. Pourquoi les plaquettes sont-elles diminuées et que pourrait-on proposer ?
3. Que peut-on améliorer pour diminuer le risque de chutes ?
4. Quid du traitement antalgique de M.C ?

Syndrome néphrotique chez M. C

En anasarque + hypoalbuminénie + protéinurie

	Analyse (Unité) Valeurs usuelles	29.01	30.01	31.01	01.02
SANG	Albumine (g/L) 35-52	24		20	22
	Cholestérol total (mmol/L) <5.0				3.5
	Cholestérol HDL (mmol/L) >1.0				1.2
	Ratio Chol tot/HDL <5.0				2.9
	Triglycérides (mmol/L) < 2.0				0.9
	Cholestérol LDL calculé (mmol/l) <3.0				1.9
URINE	Créatinine (µmol/L)	6090		9571	
	Protéines totales (g/L)	17.57		9.80	
	Protéines tot./Créat. urine (g/mol)	2885		1024	

Syndrome néphrotique
prise en charge

Non-spécifique :

- Contrôle des œdèmes et néphroprotection
  - Diurétiques de l'anse *± thiazidiques ou d'épargne potassique*
  - Adaptation des posologies et éviction des néphrotoxiques
- Blocage du système rénine-angiotensine-aldostérone → IECA/Sartan
- Traitement hypolipémiant → Statine
- Anticoagulation prophylactique → HNF, HBPM
- Mesures diététiques
  - Restriction hydro-sodée (< 5-6 g/j NaCl et < 1-1.5 L/j)
  - Apport en protéines (0.8-1 g/kg poids corporel), calcium et/ou vitamine D
- Vaccination anti-grippale et anti-pneumococcique

Spécifique : ttt agent causal et/ou immunosuppression

HNF héparine non-fractionnée, HBPM héparine à bas poids moléculaire, ttt traitement, IECA inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

La prise en charge du syndrome néphrotique est-elle adéquate ?

Traitement attendu :

- IECA ✖
- Anticoagulation
- Diurétiques
- Statine ✖

Médicaments/Perfusions

- **Calciparine - 5000 UI/0.2mL - solution inj (Héparine calcique)**
  5000 UI = 0.2 mL sc 2x/j [08:00-20:00]
- **Clopidogrel - 75 mg - comprimé filmé (Clopidogrel)**
  75 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]
- **Torasémide - 10 mg - comprimé (Torasémide)**
  5 mg = 0.5 cpr po Ordre unique - pour 1 Dose(s); fin le 31.01.2018 (Échu)
- **Torasémide - 10 mg - comprimé (Torasémide)**
  10 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]
- **Temgesic - 0.2 mg - comprimé subling (Buprénorphine)**
  0.1 mg = 0.5 cpr SL 4x/j [00:00-06:00-12:00-18:00]
- **Dafalgan - 1 g - comprimé filmé (Paracétamol)**
  1 g = 1 cpr po 3x/j [08:00-12:00-18:00]
- **Prégabaline - 75 mg - capsule (Prégabaline)**
  75 mg = 1 caps po 2x/j [08:00-20:00] 1ère dose anticipée
- **Movicol - poudre (Macrogol en association)**
  1 sachet(s) po 1x/j [08:00]
- **Glucophage - 500 mg - comprimé filmé (Metformine HCl)**
  1000 mg = 2 cpr po 2x/j [08:00-20:00]
- **Trajenta - 5 mg - comprimé filmé (Linagliptine)**
  5 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]
- **Spasmo-Urgénine Néo - 20 mg - dragée (Trospium chlorure)**
  20 mg = 1 drag po 1x/j [08:00]
- **Xatral Uno - 10 mg - comprimé retard (Alfuzosine HCl)**
  10 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]

Diurétiques
Patient en anasarque
+ décompensation cardiaque
→ Furosémide IV

IECA
Non-introduit car IRA et hyperkaliémie
+ Syndr. néphrotique en amélioration

Hypolipémiant
Absence hyperlipidémie
+ âge / espérance vie

Anticoagulation
Néoplasie et $Cl_{C\&G}$ 28 mL/min
→ HNF

IRA insuffisance rénale aigue

Réflexion en petit groupe

1. La prise en charge du syndrome néphrotique de M. C est-elle adéquate ?
2. Pourquoi les plaquettes sont-elles diminuées et que pourrait-on proposer ?
3. Que peut-on améliorer pour diminuer le risque de chutes ?
4. Quid du traitement antalgique de M.C ?

Pourquoi les plaquettes sont-elles diminuées ?

	Analyse (Unité) Valeurs usuelles	29.01	30.01	31.01	01.02
SANG	Plaquettes (G/L) 150-350	146			70

- Thrombopénie = Nombre de plaquettes < 150 (G/L)
- Thrombopénie induite par l'héparine TIH (angl. HIT)
  - Patietn sous calciparine **10'000 UI/j** = Héparine non-fractionnée
- Autres étiologies possibles :
  - Médicaments : diurétiques de l'anse
  - Néoplasie

Thrombopénie induite par l'héparine TIH

TIH type 1 «bénigne»	TIH type 2
Prévalence 10-20%	Prévalence 1-3% (mortalité 8-20%)
Non-immun	Formation d'anticorps
Délai 1 à 4 jours	Délai 5 à 10 jours
Nadir 100 G/L	Nadir >20 G/L
Transitoire (3 jours)	Persiste si héparine et retour à la normale 3-7 j après
Pas de complications hémorragique/thromboembolique	Risque thromboembolies ou hémorragie
Pas de traitement	Stop héparine

Thrombopénie induite par l'héparine TIH

Evaluation via le score des 4T

0-3 pts: probabilité basse , 4-5 pts : moyenne et 6-8 pts : élevée

	Score = 2	Score = 1	Score = 0
Thrombocytopénie (seulement 1 option)	• Baisse >50% ET nadir ≥20 G/l ET aucune chirurgie dans les 3 jours précédents	• Baisse >50% MAIS chirurgie dans les 3 jours précédents • Baisse 30-50% OU nadir 10-19 G/l	• Baisse <30% • Nadir <10 G/l
Durée de diminution du nombre de plaquettes (seulement 1 option)	Baisse plaquettaire • J5-10 • J1 ET exposition dans les 5-30 jours précédents	Baisse plaquettaire • J5-10 mais données manquantes • J1 ET exposition dans les 31-100 jours précédents • Après J10	Baisse plaquettaire • ≤4 jours sans exposition dans les 100 jours précédents
Thrombose ou autres séquelles cliniques (seulement 1 option)	• Nouvelle thrombose confirmée • Nécrose cutanée • Réaction anaphylactoïde au bolus d'héparine IV	• Thrombose récurrente • Thrombose suspectée • Lésion cutanée érythémateuse	• Thrombose non suspectée
Autres causes de thrombocytopénie (seulement 1 option)	Peu probable • Aucune explication alternative évidente à la baisse plaquettaire	Probable • Septicémie sans aucune source microbienne prouvée • Prescription d'une drogue connue pour son effet de thrombocytopénie immune • Autre	Très probable • Chirurgie dans les 72 heures • Bactériémie et fongémie confirmées • Chimiothérapie ou radiothérapie dans les 20 jours • CIVD due à une autre cause que TIH • Purpura post-transfusionnel • Purpura thrombocytopénique thrombotique • Autre

M. C
3 points
= probabilité basse TIH

Thrombopénie induite par l'héparine TIH

Que faire selon le score des 4T : <u>pas de consensus</u>

→ Quand rechercher anticorps anti PF4/héparine ?

(test qualitatif ELISA - CHUV 300 CHF)

CHUV (Lausanne)

Score 4T	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Au cas par cas
→ Hématologues

En systématique

Chez M. C : 3 points → Refaire tx plaquettes (9 CHF) >> anti-PF4

Si on devait remplacer l'HNF…

- Argatroban / Bivalirudine / Danaparoïde
  - ☹ administration en perfusion IV continue et prix
- Arixtra Fondaparinux®
  - 1.5 mg sc 1x/j et dosage anti-Xa
- Acide acétylsalicylique Aspirine cardio®
  - Patient déjà sous traitement clopidogrel
- Acénocoumarol Sintrom®
  - Quel INR viser ? et ☹ situation oncologique
- Anticoagulants oraux directs
  - Prophylaxie primaire off-label
  - Peu de données dans le syndrome néphrotique

Réflexion en petit groupe

1. La prise en charge du syndrome néphrotique de M. C est-elle adéquate ?
2. Pourquoi les plaquettes sont-elles diminuées et que pourrait-on proposer ?
3. Que peut-on améliorer pour diminuer le risque de chutes ?
4. Quid du traitement antalgique de M.C ?

Facteurs de risque de chute

>200 identifiés

Facteurs intrinsèques

- Vieillissement : troubles de l'équilibre, de la vision, de l'audition, de la proprioception, diminution du temps de réaction
- Antécédent de chutes
- Sarcopénie
- Carence vitamine D
- Difficultés à la marche
- Polymorbidité
- Parkinson, démences, dépression
- Polymédications dont
  - Psychotropes et antidépresseurs
  - Anticholinergiques
  - Antidiabétiques hypoglycémiants etc.

Facteurs extrinsèques

- Consommation d'alcool
- Sédentarité
- Malnutrition

Facteurs environnementaux :

- Habitat non adapté : chambre à coucher, salle de bain
- Escaliers
- Canne: mauvaise utilisation ou non utilisation

Et chez M. C ?

- Médicaments/Perfusions
  - Calciparine - 5000 UI/0.2mL - solution inj (Héparine calcique)
    5000 UI = 0.2 mL sc 2x/j [08:00-20:00]
  - Clopidogrel - 75 mg - comprimé filmé (Clopidogrel)
    75 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]
  - Torasémide - 10 mg - comprimé (Torasémide)
    5 mg = 0.5 cpr po Ordre unique - pour 1 Dose(s); fin le 31.01.2018 (Échu)
  - Torasémide - 10 mg - comprimé (Torasémide)
    10 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]
  - Temgesic - 0.2 mg - comprimé subling (Buprénorphine)
    0.1 mg = 0.5 cpr SL 4x/j [00:00-06:00-12:00-18:00]
  - Dafalgan - 1 g - comprimé filmé (Paracétamol)
    1 g = 1 cpr po 3x/j [08:00-12:00-18:00]
  - Prégabaline - 75 mg - capsule (Prégabaline)
    75 mg = 1 caps po 2x/j [08:00-20:00] 1ère dose anticipée
  - Movicol - poudre (Macrogol en association)
    1 sachet(s) po 1x/j [08:00]
  - Glucophage - 500 mg - comprimé filmé (Metformine HCl)
    1000 mg = 2 cpr po 2x/j [08:00-20:00]
  - Trajenta - 5 mg - comprimé filmé (Linagliptine)
    5 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]
  - Spasmo-Urgénine Néo - 20 mg - dragée (Trospium chlorure)
    20 mg = 1 drag po 1x/j [08:00]
  - Xatral Uno - 10 mg - comprimé retard (Alfuzosine HCl)
    10 mg = 1 cpr po 1x/j [08:00]
- PRN Medication
  - Temgesic - 0.2 mg - comprimé subling (Buprénorphine)
    0.2 mg = 1 cpr SL max. 4x/j si douleurs
  - Clyssie - clystère (Phosphate monosodique anhydre et Phosphate disodique anhydre)
    1 clystère(s) IR max. 1x/j si pas de selles depuis 3j
  - Laxoberon - 7.5 mg/ml - goutte (Sodium picosulfate)
    5 mg = 10 goutte(s) po max. 2x/j si constipation

Adapter le traitement anti-HTA

diurétiques de l'anse → IECA

Préférer alfuzosine le soir

S'assurer du contrôle du diabète

Adapter l'antalgie

STOP trospium (anticholinergique)

STOP prégabaline

Indication peu claire

START supplément nutritif oral

START vitamine D3 et calcium

START rééducation physiothérapeutique

HTA hypertension artérielle

Réflexion en petit groupe

1. La prise en charge du syndrome néphrotique de M. C est-elle adéquate ?
2. Pourquoi les plaquettes sont-elles diminuées et que pourrait-on proposer ?
3. Que peut-on améliorer pour diminuer le risque de chutes ?
4. Quid du traitement antalgique de M.C ?

Quid du traitement antalgique ?

Douleurs à 6

↓

Antalgie inefficace ?

↓

Proposition :
Adéquation paliers 1 et 2

Ralentissement psychomoteur

↓

Surdose ?

↓

Proposition :
↘ Dose réserve

☐ **Dafalgan - 1 g - comprimé filmé (Paracétamol)**
1 g = 1 cpr po **3x/j** [08:00-12:00-18:00]

Dafalgan 500 mg 8h - 12h - 18h - 22h

☐ **Temgesic - 0.2 mg - comprimé subling (Buprénorphine)**
0.1 mg = 0.5 cpr SL **4x/j** [00:00-06:00-12:00-18:00]

0.1 mg 3x/j

☐ **Temgesic - 0.2 mg - comprimé subling (Buprénorphine)**
0.2 mg = 1 cpr SL **max. 4x/j** si douleurs

→ 0.1 mg

☐ **Prégabaline - 75 mg - capsule (Prégabaline)**
75 mg = 1 caps po **2x/j** [08:00-20:00] 1ère dose anticipée

→ Indication

M. C – 94 ans
67.5 kg
172 cm

Aucune allergie

Dernière hospitalisation > 3 ans

Proposition d'intervention	**Devenir de l'intervention**	Suites **de l'intervention**
1. Prise en charge du syndrome néphrotique		
Switch torasémide per os → furosémide IV	Furosémide 20 mg 2x/j en IVD	↘ du poids (66 kg)
2. Thrombocytopénie **induite par l'héparine**		
Refaire taux de plaquettes	Taux effectué le 01.02 à 14h	Taux plaquettes 127 G/L → Exclusion du TIH

Proposition d'intervention	**Devenir de l'intervention**	Suites **de l'intervention**
3. Prévention des chutes		
Optimiser traitement anti-hypertenseur Torasémide → IECA	Torasémide 10 mg 1x/j conservé	-
Prise de l'alfuzosine le soir	Alfuzosine stoppé	-
Stopper le trospium	Trospium stoppé	-
Stopper la prégabaline	Sevrage progressif de la prégabaline	-
Débuter vitamine D et SNO	Introduction vitamine D Et SNO	-
4. Optimisation **de l'antalgie**		
Adapter buprénorphine ↘ Intervalle 0.1 mg 3x/j ↘ Dose de reserve 0.1 mg	Buprénorphine 0.1 mg 3x/j avec 0.1 mg en réserve max 4x/j	Douleurs à 0 Disparition du ralentissement psychomoteur
Adapter paracétamol 500 mg 4x/j	Paracétamol 8h-12h-18h-22h	

SNO supplément nutritif oral

Catamnèse

08.02

Transfert en réadaptation gériatrique

09.02

Accident vasculaire cérébral

17.02

Décès

Références bibliographiques

Sites web visités le 25.11.2019

www.uptodate.com

www.micromedex.com

www.swissmedicinfo.ch

Furger P-M. Surf Méd: guide de médecine : lignes directrices. 2019.

Syndrome néphrotique :

Lopez J, Trachtman H. Nephrotic syndrome. In: Nephrology Secrets. Elsevier; 2019. p. 105-9.

Floege J, Barbour SJ, Cattran DC, Hogan JJ, Nachman PH, Tang SCW, et al. Management and treatment of glomerular diseases (part 1): conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney International. févr 2019;95(2):268-80.

Schorn R, Bleisch J. Syndrome néphrotique de l'adulte. Forum Med Suisse 2013;13(26):527-532

Images: https://www.bellicon.com/gb_en/benefits/health-benefits/lymph-and-edema ; https://www.istockphoto.com/ch/foto/bluttest-gm135018352-18443766 ; https://www.healthline.com/health/deep-venous-thrombosis

Thrombocytopénie

Warkentin TE. Heparin-induced thrombocytopenia: pathogenesis and management. Br J Haematol. mai 2003;121(4):535-55.

Barouti N, Isabelle M, Wolf-Henning B, Christa P. Héparines et réactions cutanées : du diagnostic à la prise en charge. Rev Med Suisse 2013; volume 9. 705-711

Braez T. Guide pratique des effets indésirables médicamenteux chez les seniors. Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 2054-8

Furger P-M. Surf Méd: guide de médecine : lignes directrices. 2019.

Chute et antalgie

Tiré du cours «Prise en charge de l'ostéoporose», Benoît Allenet, CAS Pharmacie clinique 2018-2019

Desbaillet YE, Prise en charge pratique des chutes des personnes âgées. Rev Med Suisse 2010; volume 6. 2130-2134

Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 déc 2015;15(90):323-36.

Rodieux F, Lloret-Linares C, Piguet V, Desmeules J. Prescription des opioïdes chez les patients vulnérables : les enfants et les personnes âgées. Recommandations pratiquesRev Med Suisse 2018; volume 14. 1268-1278

Merci de votre participation!