

Cas GSASA 2020

FA, AVC et trouble du sommeil



25.11.2020

Christophe Rossier

Pharmacien formation FPH clinique

Conflit d'intérêt

- Intérêt financiers ou de propriété:
 - Aucun
- Activité pour l'industrie pharmaceutique et autres entreprises de santé:
 - Aucune
- Fonds fournis par des tiers/don:
 - Aucun
- Relations personnelles:
 - Aucune
- Autres affiliations:
 - Aucune



Plan

- Présentation du cas
- Travail de groupe: questions
- Discussion, mise en commun
- Take home message





Présentation du cas

- M. G.E. 90 ans. Hospitalisé dans un service de médecine (12.06-26.06.20). 72 kg et BMI 26 kg/m².
- Pas d'allergie connue
- Motif d'hospitalisation: Suspicion d'AVC
- Anamnèse:
 - Le patient présente les mêmes symptômes que lors d'un précédent AVC en 2013:
 - ✓ Incapacité à mobiliser ses membres inférieurs et supérieurs gauches
 - ✓ Dysarthrie, avec déglutition compliquée



Antécédents et comorbités

- Fibrillation auriculaire (FA) paroxystique en juillet 2016
- HTA
- Dyslipidémie
- BPCO avec composante asthmatique
 - Ancien tabagisme à 10 UPA sevré depuis 50 ans
 - Phénotype exacerbateur fréquent
- Anémie ferriprive normochrome normocytaire
- Suspicion de consommation OH à risque



Antécédents et comorbités

- Malnutrition protéino-énergétique modérée
- Notion de dépendance aux BZD
- Syndrome des jambes sans repos
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- AVC ischémique sylvien droit en juillet 2013
- Hémorragie digestive haute en juillet 2013
- Hématome sous-dural droit en 2013 sous anticoagulation
- Chute à domicile 72h avant l'hospitalisation, décompensation omarthrose droite



Anamnèse médicamenteuse

| Spécialité | DCI | Dosage | Forme /voie d'administration | Posologie | Indication |
|-----------------------|----------------------------|----------|---------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| Distraneurin® | Clométhiazole | 192 mg | Capsule / PO | 0-1-0-1 | Troubles du sommeil |
| Adartrel® | Ropinirole | 0.5 mg | Comprimé / PO | 0-0-0-3 | RLS |
| Circadin® | Mélatonine | 2 mg | Comprimé CR / PO | 0-0-0-1 | Troubles du sommeil |
| Losartan® | Losartan | 100 mg | Comprimé / PO | 1-0-0-0 | HTA |
| Dafalgan [®] | Paracétamol | 1000 mg | Comprimé / PO | 1-1-1-0 | Douleurs |
| Ventolin [®] | Salbutamol | 1.25 mg | Solution / Inhalation | 1-1-1-0 | BPCO / asthme |
| Movicol® | Macrogol / électrolytes | 1 sachet | Sachet / PO | 1-0-0-0 | Constipation |
| Pantozol® | Pantoprazole | 40 mg | Comprimé / PO | 1-0-0-0 | Suite hémorragie digestive haute 2013 |
| Quétiapine® | Quétiapine | 50 mg | Comprimé / PO | 0-0-0-2 | Troubles du sommeil |
| Sintrom® | Acénocoumarol | 1 mg | Comprimé / PO | Selon INR | FA |
| Spiriva [®] | Tiotropium | 18 mcg | Capsule / Inhalation | 1-0-0-0 | BPCO / asthme |
| Vannair [®] | Budésonide / Formotérol | 200/6 | Aérosol doseur / Inhalation | 2-0-2-0 | BPCO / asthme |
| Magnesiocard® | Magnésium | 10 mmol | Granulés / PO | 1-0-0-0 | Hypomagnésémie |



Laboratoire

| Analyse | Normes* | J1 | J7 | J11 |
|---------------------|----------------------|------|-----|------------|
| Leucocytes | 4,0-10,0 G/L | 9,7 | 5.6 | 6.8 |
| Protéine C réactive | <5 mg/L | 3,3 | | |
| Thrombocytes | 150-350 G/L | 176 | 143 | 138 |
| Hémoglobine | 133-177 g/L | 134 | 117 | 124 |
| MCV | 80-100 fL | 94 | 95 | 95 |
| MCHC | 310-360 g/L | 326 | 329 | 330 |
| INR | | 1.9 | | |
| Potassium | 3,50-5,10 mmol/L | 4,1 | 4.4 | 4.4 |
| Sodium | 136-145 mmol/L | 139 | 139 | 140 |
| Magnésium | 0.70-1.10 mmol/L | 0.73 | | |
| Calcium corrigé | 2,10-2,55 mmol/L | 2.37 | | |
| Créatinine | <106 µmol/L | 82 | 78 | 85 |
| DFG (CKD-EPI) | >60 mL/min/1.73m2 | 72 | 76 | 69 |
| Cholestérol total | <5,0 mmol/L | 5.50 | | |
| LDL-cholestérol | <3,0 mmol/L | 3.74 | | |
| HDL-cholestérol | >1,0 mmol/L | 1.69 | | |
| Triglycérides | <2,0 mmol/L | 1.45 | | |



Paramètres vitaux

| Paramètres | J6* | J7* |
|-----------------------------------|------|--------|
| Tension artérielle (mmHg) | | 136/72 |
| Fréquence cardiaque (BPM) | | 69 |
| Température (°C) | 36.0 | 36.4 |
| Saturation O_2 (%), air ambiant | 95 | 93 |
| Douleurs (EVA) | 7 | 5 |



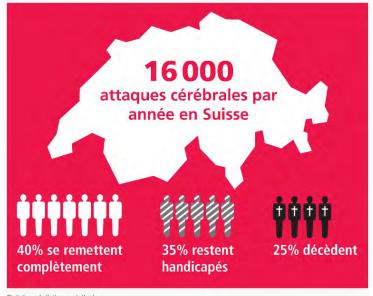
Médicaments le jour de la visite à J8

| Spécialité | DCI | Dosage | Forme /voie d'administration | Posologie | Indication |
|-----------------------|----------------------------|----------|---------------------------------|------------------|---------------------|
| Distraneurine® | Clométhiazole | 192 mg | Capsule / PO | 0-1-0-1 | Troubles du sommeil |
| Circadin® | Mélatonine | 2 mg | Comprimé CR / PO | 0-0-0-1 | Troubles du sommeil |
| Quétiapine® | Quétiapine | 50 mg | Comprimé / PO | 0-0-0-2 | Troubles du sommeil |
| Adartrel [®] | Ropinirole | 0.5 mg | Comprimé / PO | 0-0-0-3 | RLS |
| Losartan® | Losartan | 100 mg | Comprimé / PO | 1-0-0-0 | HTA |
| Magnesiocard® | Magnésium | 10 mmol | Granulés / PO | 0-1-0-0 | Hypomagnésémie |
| Movicol® | Macrogol / électrolytes | 1 sachet | Sachet / PO | 1-0-0-0 | Constipation |
| Pantozol® | Pantoprazole | 40 mg | Comprimé / PO | / 1-0-0-0 | Hémorragie 2013 |
| Atorvastatine® | Atorvastatine | 40 mg | Comprimé / PO | 1-0-0-0 | AVC |
| Eliquis [®] | Apixaban | 2.5 mg | Comprimé / PO | 1-0-1-0 | AVC |
| Spiriva [®] | Tiotropium | 18 mcg | Capsule / Inhalation | 1-0-0-0 | BPCO / asthme |
| Vannair® | Budésonide / Formotérol | 200/6 | Aérosol doseur / Inhalation | 1-0-1-0 | BPCO / asthme |
| Dafalgan [®] | Paracétamol | 1000 mg | Comprimé / PO | 1-1-1-0 | Douleurs |
| Tramadol® | Tramadol | 50 mg | Comprimé retard / PO | 1-0-1-0 | Douleurs |
| Tramadol® | Tramadol | 25 mg | Gouttes / PO | Max 5x/j | Douleurs |



Arrêt: Ventolin®, Sintrom®

AVC



Âge et AVC:

- ✓ 15% < 65 ans
- √ 35% entre 65-75 ans
- ✓ 50% > 75 ans

Statistique de l'attaque cérébrale

- 2 types d'AVC: ischémique et hémorragique
- Facteurs de risques de l'AVC ischémique:
 - ✓ Hypertension
 - Diabète
 - ✓ Tabagisme
 - ✓ Dyslipidémie

- ✓ Inactivité physique
- Fibrillation auriculaire
- Sténose aorte carotidienne
- ✓ Facteurs non modifiables: âge (en particulier si > 80 ans), éthnie, sexe, historique familiale et génétique



FA et AVC

- FA associée avec des AVC plus sévères en comparaison avec des embolies d'origine carotidienne
- AVC liés à la FA vs non lié à la FA:
 - ✓ Mortalité ↑
 - ✓ Récurrence ↑
 - ✓ Déficit fonctionnel ↑



AVC et séquelles

Dysphagie:

- ✓ Complication majeure post-AVC (incidence de 37-78%)
- ✓ Risques: malnutrition, troubles électrolytiques, pneumonie d'aspiration, apnée
- ✓ Amélioration chez 90% des patients dans les 2 semaines



Formes galéniques adéquates pour le patient

Chutes:

- ✓ Retrouvées chez 25% post-AVC
- ✓ Fracture de hanche représente 45% des fractures, et 2-4x plus fréquente



Facteurs de risques de chutes, notamment les médicaments



Questions

- Que pensez-vous de la prise en charge de la FA chez ce patient?
- Que pensez-vous de la prise en charge de ses troubles du sommeil?
- Comment adapter la galénique pour ce patient au vu des troubles de déglutition?



Question

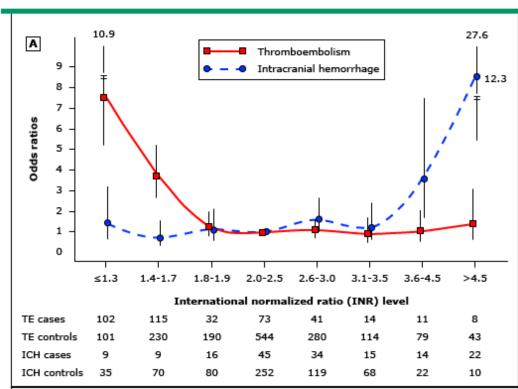
• Que pensez-vous de la prise en charge de la FA chez ce patient?



Patient avec : CHA₂DS₂-VASc: 5 pts / HAS-BLED: 5 pts

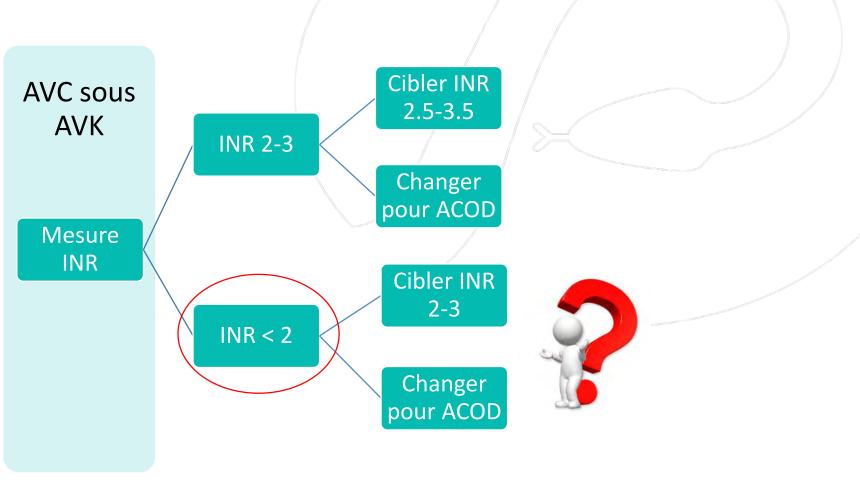
Si AVK, INR cible: 2.0-3.0

Optimal INR which minimizes both bleeding and thromboembolism in patients with atrial fibrillation



INR à 1.9 à l'entrée







Prise en charge FA Recommendations for the prevention of thrombo-embolic events in AF

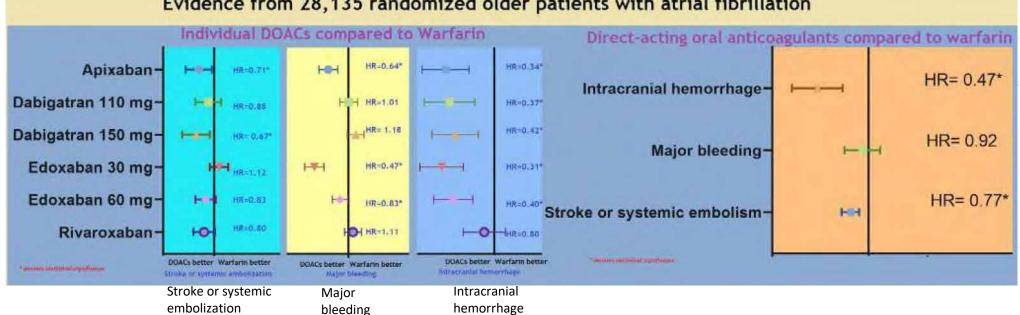
| Recommendations | Classa | Levelb |
|--|--------|--------|
| For stroke prevention in AF patients who are eligible for OAC, NOACs are recommended in preference to VKAs (excluding patients with mechanical heart valves or moderate-to-severe mitral stenosis). | 1 | A |
| For stroke risk assessment, a risk-factor-based approach is recommended, using the CHA ₂ DS ₂ -VASc clinical stroke risk score to | | |
| initially identify patients at 'low stroke risk' (CHA_2DS_2 -VASc score = 0 in men, or 1 in women) who should not be offered antithrombotic therapy. ^{334,388} | 1 | Α |
| OAC is recommended for stroke prevention in AF patients with CHA_2DS_2 -VASc score ≥ 2 in men or ≥ 3 in women. ⁴¹² | | Α |
| OAC should be considered for stroke prevention in AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 1 in men or 2 in women. Treatment should be individualized based on net clinical benefit and consideration of patient values and preferences. 338,378,380 | Ila | В |
| For bleeding risk assessment, a formal structured risk-score-based bleeding risk assessment is recommended to help identify non-modifiable and address modifiable bleeding risk factors in all AF patients, and to identify patients potentially at high risk of bleeding who should be scheduled for early and more frequent clinical review and follow-up. 388,395,404,406 | 1 | В |
| For a formal risk-score-based assessment of bleeding risk, the HAS-BLED score should be considered to help address modifiable bleeding risk factors, and to identify patients at high risk of bleeding (HAS-BLED score ≥3) for early and more frequent clinical review and follow-up. 388,395,404,406 | lla | В |
| Stroke and bleeding risk reassessment at periodic intervals is recommended to inform treatment decisions (e.g. initiation of OAC in patients no longer at low risk of stroke) and address potentially modifiable bleeding risk factors. c389,478,479 | 1 | В |
| In patients with AF initially at low risk of stroke, first reassessment of stroke risk should be made at 4 - 6 months after the index evaluation. 385 - 387 | lla | В |
| If a VKA is used, a target INR of 2.0 - 3.0 is recommended, with individual TTR≥70%. ⁴¹⁴ | | В |
| In patients on VKAs with low time in INR therapeutic range (e.g. TTR<70%), recommended options are: • Switching to a NOAC but ensuring good adherence and persistence with therapy ^{415,416} ; or | 1 | В |
| • Efforts to improve TTR (e.g. education/counselling and more frequent INR checks). 480 | lla | В |



| Recommendations for secondary stroke prevention in AF patients after acute ischaemic stroke | Classa | Levelb |
|---|--------|--------|
| In AF patients with an ischaemic stroke or TIA, long-term secondary prevention of stroke using OAC is recommended if there is no strict contraindication to OAC use, with a preference for NOACs over VKAs in NOAC-eligible patients. 1125-1130 | | A |
| In AF patients presenting with acute ischaemic stroke, very early anticoagulation (<48 h) using UFH, LMWH, or VKAs is not recommended. 1095 | ш | В |



Comparaison ACOD et AVK patients > 75 ans avec FA:
 Evidence from 28,135 randomized older patients with atrial fibrillation



 Patient avec antécédent d'hémorragie digestive haute et hématome sousdural sous anticoagulation en 2013 => Apixaban à privilégier



Posologie des anticoagulants oraux directs

| | Clairance | | | Posologies | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|---|---|---|--|--|--|
| | rénale (calculée avec la formule Cockcroft-Gault) | Prévention AVC en cas de FA non valvulaire | Prévention MTEV post PTH/PTG | Traitement TVP et EP | Prévention des récidives de TVP et EP | Remarques | | | |
| | > 50ml/min | | _10mg 1x/j | 15mg 2x/j pendant 21 | 20mg 1x/j Au-delå de 6mois de | La prise de comprimés broyés de 15 ou 20mg (qu'elle soit par sonde ou non) doit être suivie d'une prise d'aliments par voie entérale (à prendre pendant les repas). En cas d'oubli : lors d'une posologie d'un comprimé 1x/j, la dose oubliée doit être | | | |
| Rivaroxaban (Xarelto®) | 30-49ml/min | 15mg 1x/j | 1 ^{ere} dose 6-10h post-op | jours, puis 20mg 1x/j | traitement, 10mg 1x/j également possible ¹ Indication et dose à discuter au cas par cas | prise dès que le patient s'aperçoit de son oubli. Dès le lendemain, poursuivre traitement à l'heure habituelle. | | | |
| | 15-29ml/min | | | osologie que pour une clair cas par cas selon B/R, exp | | prochaine prise sans rattraper la dose oubliée. Le lendemain, poursuivre la p régulière 2x/j comme recommandé. Ne pas prendre de dose double pour compenser la dose oubliée. | | | |
| Apixaban | > 30ml/min | 5mg 2x/j* | 2.5mg 2x/j | 10mg 2x/j durant les 7 premiers jours, puis 5mg 2x/j. | 2.5mg 2x/j å l'issue d'un traitement d'une TVP / EP pendant au moins 6 mois ² | La dose recommandée est de 2,5mg 2x/j chez les patients présentant au moins <u>2</u> des critères suivants : Age ≥ 80 ans OU poids ≤ 60kg OU Créatinine ≥ 133µmol/l | | | |
| (Eliquis®) 15-29 ml/min | | | | logie que pour une clairanc cas par cas selon B/R, exp | | En cas d'oubli : il est possible de rattraper la dose oubliee jusqu'a 6 heures avant la prochaine dose programmée. Après 6h, attendre l'heure de la prochaine prise sans rattraper la dose oubliée. Ne pas prendre de dose double pour compenser l'oubli. | | | |

- Patient de 90 ans, 72 kg, créatinine 78 µmol/L => 5 mg 2x/j (intervention acceptée)
- Etude rétrospective sur le risque de surdosage/sous dosage de ACOD:
 - √ 550 patients sous apixaban sous-dosé, pourtant sans indication pour une réduction de la dose selon la fonction rénale
 - ✓ AVC et embolies systémiques HR 4.87 ($IC_{95\%}$ 1.30-18.26, p = 0.02)
 - ✓ Saignements majeurs HR 1.29 ($IC_{95\%}$, 0.48-3.42, p = 0.61)



Prise en charge de la FA: FA paroxystique

- Définie comme un épisode de fibrillation auriculaire qui se résout spontanément ou par intervention dans les 7 jours après survenue
- Pas de données concluantes montrant que la prévention d'épisodes de FA réduisent la mortalité chez les patients avec une FA paroxystique
- Pas de recommandations de l'ESC de traiter les patients avec FA paroxystique non symptomatiques avec une stratégie de rate control ou rhythm control
- Patients avec symptômes fréquents, ou hautement symptomatiques => peuvent nécessiter un traitement pharmacologique ou non pharmacologique
- Indication à l'anticoagulation:
 - ✓ Même évaluation via CHA₂DS₂-VASc que pour une FA permanente

Clinical pattern of AF (i.e. first detected, paroxysmal, persistent, long-standing persistent, permanent) should not condition the indication to thromboprophylaxis. 160

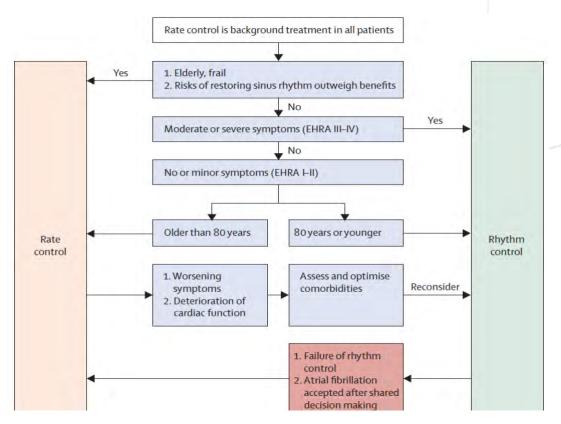






Rate control or rhythm control?

- FA paroxystique symptomatique: similaire à la FA permanente
- Pas de différence de mortalité entre les 2 stratégies



- Rate control:
 - ✓ Bêta-bloquants
 - Anticalciques nondihydropyridine
 - Digoxine
 - Amiodarone
- Rhythm control:
 - Amiodarone
 - ✓ Flécainide
 - Propafenone
 - Dronedarone
 - ✓ Sotalol

Dans notre cas: rate control à favoriser



Question

• Que pensez-vous de la prise en charge de ses troubles du sommeil?



Troubles du sommeil

- Facteurs de risques et comorbidités de l'insomnie retrouvés chez notre patient:
 - ✓ AVC
 - ✓ BPCO
 - ✓ HTA
 - Consommation alcool
 - ✓ Syndrome des jambes sans repos





Troubles du sommeil

Table 4—Summary of recommendation statements

| Practice Parameter | Strength of Recommendation | Body of Evidence Level | Harm/burden Assessment | FDA status |
|--|-------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------------|
| | Standards for use in | RLS | | |
| Clinicians should treat patients with RLS with pramipexole. | (STANDARD) | High | Benefits clearly outweigh harms | Approved for indication. |
| Clinicians should treat patients with RLS with ropinirole. | (STANDARD) | High | Benefits clearly outweigh harms | Approved for indication |
| | Standards against use | in RLS | | |
| Clinicians should not treat RLS patients with pergolide because of the risks of heart valve damage. | (STANDARD) | High | Harms clearly outweigh benefits | Discontinued |
| | Guidelines for use in | RLS | | |
| Clinicians can treat RLS patients with levodopa with dopa decarboxylase inhibitor. | (GUIDELINE) | High | Benefits closely balanced with harms. This is particularly true for those with intermittent RLS who use this medication sporadically. | Approved, but off-label use |
| Clinicians can treat RLS patients with opioids. | (GUIDELINE) | Low | Benefits clearly outweigh harms | Approved, but off-label use |
| Clinicians can treat patients with RLS with gabapentin enacarbil. | (GUIDELINE) | High | Uncertainty in balance between benefits and harms | Approved for indication |
| Given the potential of side effects, including heart valve damage, clinicians can treat RLS patients with cabergoline only if other recommended agents have been tried first and failed, and close clinical follow-up is provided. | (GUIDELINE) | High | Benefits closely balanced with harms | Approved, but off-label use |



Troubles du sommeil: interaction quétiapineropinirole



ROPINIRole (Anti-Parkinson Agents (Dopamine Agonist))

QUEtiapine (Antipsychotic Agents (Second Generation [Atypical]))



Troubles du sommeil: interaction quétiapineropinirole

Case Reports > Asian J Psychiatr. 2015 Aug;16:73-4. doi: 10.1016/j.ajp.2015.05.045. Epub 2015 Jun 8.

Quetiapine induced restless legs syndrome: A series of four cases

Adarsh Vohra 1

Case Reports > Curr Drug Saf. 2016;11(2):172-3. doi: 10.2174/1574886311207040298.

Restless Legs Syndrome After Single Low Dose Quetiapine Administration

Ahmet Z Soyata 1, Fahri Celebi, Lutfi I Yargc

Review > Int J Neuropsychopharmacol. 2013 Jul;16(6):1427-31. doi: 10.1017/S1461145712001599. Epub 2013 Jan 18.

Restless legs syndrome induced by quetiapine: report of seven cases and review of the literature

Hans Rittmannsberger 1, Regina Werl

Case Reports > J Clin Psychopharmacol. 2008 Dec;28(6):704-5. doi: 10.1097/JCP.0b013e31818b2764.

Restless legs syndrome caused by quetiapine successfully treated with ropinirole in 2 patients with bipolar disorder

Maria R Urbano, J Catesby Ware

PMID: 19011442 DOI: 10.1097/JCP.0b013e31818b2764



Rittmannsberger, H. and R. Werl (2013). "Restless legs syndrome induced by quetiapine: report of seven cases and review of the literature." Int J Neuropsychopharmacol 16(6): 1427-1431

Troubles du sommeil: quétiapine, bénéfices et risques

Antipsychotics

 Because of insufficient evidence and in light of their side-effects, antipsychotics are not recommended for insomnia treatment (strong recommendation, very low-quality evidence).

Stratégie de surveillance: va dépendre

- des facteurs de risque détectés avant l'instauration du traitement (ttt)
- · des signes cliniques apparaissant pendant le ttt
- du ttt antipsychotique instauré.

| T ₀ = avant le début du <u>ttt</u> | T ₀ | Mois 1 | Mois 2 | Mois 3 | Mois 6 | 1an | 1x/an |
|---|----------------|--|--------|--------|--------|--------------|-------|
| Interrogatoire clinique (facteurs de risque) | x | | | | | x | |
| Poids corporel | x | X 1x/sem. pdt les 6 1 ^{ères} sem. | X | х | x | x | |
| Tour de taille | X | x | x | x | x | x | |
| Pression artérielle | x | | | x | | x | |
| Glycémie à jeun | x | x | | x | | x | |
| Profil lipidique | X | x | | x | | X (> 40 ans) | х |

Troubles extrapyramidaux

www.crediblemeds.org

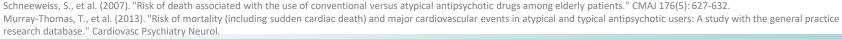
Quétiapine: molécule QT conditionnelle



Troubles du sommeil: quétiapine et AVC

- Antipsychotiques et personnes âgées avec démence:
 - ✓ Augmentation du risque d'AVC, infarctus du myocarde, de mortalité (toute cause, cardiaque, mort cardiaque subite)
 - ✓ Risque existe à la fois avec des antipsychotiques de 1^{ère} et 2^{ème} génération
 - ✓ Risque retrouvé également pour les patients âgés non déments
 - Augmentation du risque dose-dépendante, y compris pour la quétiapine
 - ✓ Déprescription à favoriser





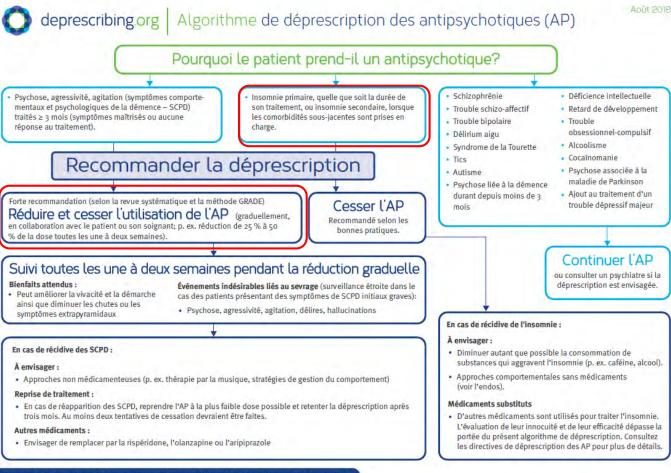


Troubles du sommeil: quétiapine et AVC

| STOPP.v2 : méd | icament & situation suivante 🗦 potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt | |
|---|--|-----------|
| médicament sa de durée trop lo dupliqué (2 de I | ongue, Dans tous les cas | |
| benzodiazépine | Dans tous les cas a fortiori si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété [à diminuer progressivement] si insuffisance respiratoire | |
| Z-drug (somnifè | re) Dans tous les cas (zolpidem, zopiclone) | |
| neuroleptique | Dans tous les cas a fortiori si prostatisme/ globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine) symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique) insomnies (sauf si dues à psychose ou démence) phénothiazine comme neuroleptique de 1ere ligne | |
| Antipsychotics, firs second (atypical) | Increased risk of cerebrovascular accident (stroke) and greater rate of cognitive decline and mortality in persons with dementia Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia or delirium unless nonpharmacological options (eg, behavioral interventions) have failed or are not possible and the older adult is threatening substantial harm to self or others Avoid, except in schizophrenia or bipolar disorder, or for short-term use as antiemetic during chemotherapy | te Strong |



Troubles du sommeil



Proposition de réduction progressive chaque 1-2 semaines: 100 mg/j -> 75 mg/j -> 50 mg/j -> 37.5 mg/j -> 25 mg/j -> 12.5 mg/j -> stop (25 mg sécable) (intervention acceptée)



Bjerne LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie. Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. Can Fam Physician 2018;64;17-27 (ang), et et 2 (fi









Troubles du sommeil: thérapie cognitivocomportementale et insomnie chronique

- Devrait être la 1ère ligne de prise en charge de l'insomnie chronique
- Utilisable seule ou en combinaison à des médicaments



- Pas de prise de médicaments (\(\psi\)
 risque EI, IA notamment)
- Compétences acquises par les patients



- Nécessite du personnel formé
- Délai de réponse thérapeutique
- Adhésion du patient









Problème de sommeil à la maison ?



Conseils simples pour lutter contre l'insomnie à la maison :

- 1) Se coucher et se lever tous les jours à la même heure, et ne pas aller au lit trop tôt (il est préférable de ressentir une légère fatigue avant de se coucher). La journée, pratiquer des activités stimulantes et si possible à la lumière du jour.
- 2) Ne pas faire des siestes la journée même si vous êtes fatigué.
- Utiliser le lit uniquement pour dormir (ne pas regarder la télévision, ne pas manger au lit, pas d'ordinateur,...).
- 4) Eviter de dormir dans un endroit bruyant, trop chaud ou trop froid et choisissez un lit dans lequel vous vous sentez bien. Retirer toute horloge ou repère temporel dans la chambre à coucher.
- 5) Le soir, éviter les substances excitantes (café, thé, cigarette, alcool, boisson à base de cola, etc.). Favoriser les repas à heure fixe et éviter de manger trop lourd le soir (sans se priver pour autant afin d'éviter les fringales nocturnes).
- 6) Le soir, activité physique et intellectuelle intenses sont déconseillées. Les bains chauds sont à également éviter.
- Se relaxer avant de dormir et ne pas tenter de résoudre ses problèmes au moment de s'endormir.
- En cas de difficulté à s'endormir, sortir du lit après 15-20 minutes et faire une activité apaisante.
- 9) La nuit lorsque vous vous réveillez et que vous n'arrivez pas à vous rendormir: Mieux vaut se lever et pratiquer des activités calmes (lecture, musique apaisante,...).
- 10)Evitez l'automédication. Ne prenez des médicaments qu'après l'avis de votre médecin et/ou votre pharmacien. De même, ne jamais arrêter de par soi-même, brusquement, un somnifère.

Version 3.2. Création : groupe de travail composé de soignants HRC med.1er (HT/AG/MCN) et PHEL (LS). Modification pour la FDN (MHC 01.06.18)



Prise en charge insomnie: autres traitements

Mélatonine:

- ✓ Bénéfices cliniques modestes mais statistiquement significatifs sur la latence d'endormissement, la durée totale et la qualité du sommeil
- ✓ Peu recommandée dans les guidelines, mais avantage de ne pas engendrer de dépendance

Clométhiazole:

- ✓ Action sur récepteurs GABA
- Non antagonisée par flumazénil
- ✓ Peu d'études et peu de recul
- ✓ Attention aux interactions via CYP450 (CYP2A6, 3A4/5, 2B6, 1A1 et 2C19 minoritairement) => pas toujours présente logiciels
- ✓ Aussi à risque de dépression respiratoire (patient BPCO)
- ✓ Distraneurin[®] mixture non prise en charge

A réévaluer après arrêt Quétiapine



Question

• Comment adapter la galénique pour ce patient au vu des troubles de déglutition?

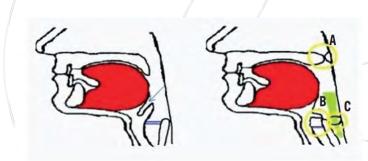


Adaptation galénique

- Physiopathologie
- Dysphagie = facteur de risque pour:
 - Malnutrition, dénutrition, déshydratation
 - ✓ Pneumonie d'aspiration (RR 3.17, IC_{95%} 2.07-4.87)
 - Asphyxie
 - ✓ Difficulté prise des médicaments
- 1^{er} choix si l'alimentation PO est impossible ou ne suffit pas: sonde nasogastrique (SNG)



Formes galéniques adéquates pour le patient





Adaptation galénique: SNG (1)

| Spécialité | DCI | Dosage | Forme /voie d'administration | Posologie | Remplacement |
|---------------|----------------------------|----------|---------------------------------|-----------|--|
| Distraneurin® | Clométhiazole | 192 mg | Capsule / PO | 0-1-0-1 | Distraneurin® Mixture |
| Circadin® | Mélatonine | 2 mg | Comprimé CR / PO | 0-0-0-1 | Mélatonine capsule 3 mg: ouvrir |
| Quétiapine® | Quétiapine | 50 mg | Comprimé / PO | 0-0-0-2 | Ecraser, ok SNG |
| Adartrel® | Ropinirole | 0.5 mg | Comprimé / PO | 0-0-0-3 | Requip® (ropinirole) 1 mg 1.5 cpr |
| Losartan® | Losartan | 100 mg | Comprimé / PO | 1-0-0-0 | Ecraser, ok SNG |
| Magnesiocard® | Magnésium | 10 mmol | Granulés / PO | 0-1-0-0 | Disperser, ok SNG |
| Movicol® | Macrogol / électrolytes | 1 sachet | Sachet / PO | 1-0-0-0 | Ok SNG |
| Pantozol® | Pantoprazole | 40 mg | Comprimé / PO | 1-0-0-0 | Nexium® (ésoméprazole) 20 mg, dispersion des cpr MUPS |



Adaptation galénique: SNG (2)

| Spécialité | DCI | Dosage | Forme /voie d'administration | Posologie | Remplacement |
|-----------------------|---------------|---------|---------------------------------|-----------|--|
| Atorvastatine® | Atorvastatine | 40 mg | Comprimé / PO | 1-0-0-0 | Ecraser, ok SNG |
| Eliquis® | Apixaban | 2.5 mg | Comprimé / PO | 1-0-1-0 | Disperser dans eau, ok SNG |
| Dafalgan [®] | Paracétamol | 1000 mg | Comprimé / PO | 1-1-1-0 | Dissoudre les cpr eff, ok SNG |
| Tramadol® | Tramadol | 50 mg | Comprimé retard / PO | 1-0-1-0 | Morphine solution orale, à titrer selon douleurs (douleurs à 7 à J6, et à 5 à J7) |
| Tramadol® | Tramadol | 25 mg | Gouttes / PO | Max 5x/j | Morphine solution orale, selon dose de base |



Commentaires à la sortie pour le patient

- Introduction de l'Eliquis[®]: expliquer arrêt Sintrom[®] (éviter prise simultanée), et nouvelle posologie (Eliquis[®] 2x/j)
- Gestion des oublis sous Eliquis[®]:
 - ✓ Rattraper la dose oubliée jusqu'à 6h avant la prochaine prise
 - ✓ Ne pas rattraper la dose oubliée si < 6h avant la prochaine prise</p>
 - ✓ Ne pas prendre de double dose
- Prévenir les risques de saignements:
 - ✓ Assurer bon contrôle de la tension artérielle
 - ✓ Eviter les AINS (OTC)
 - ✓ Prévenir les chutes
 - ✓ Fournir une carte d'anticoagulation
- Arrêt de la Quétiapine; valider la compréhension du schéma d'arrêt et surveiller symptômes de sevrage:
 - Nausées, vomissements, diarrhées, céphalées, irritabilité, rhinorrhée, myalgies, diaphorèse, agitation, insomnie, anxiété



Tasmania, P. H. (2019). "A Guide To Deprescribing Antipsychotics."

Take home message

- Prendre garde à la posologie des anticoagulants
- Questionner la prescription de neuroleptiques au long court
- Prendre garde aux troubles de la déglutition post-AVC, et adapter la galénique si nécessaire





Merci pour votre attention!

