

Faculté de Médecine d'Alger
Module du sujet âgé
6 eme année de médecine

Polypathologie chez le sujet âgé

Pr Hassen Messaoudi
Médecine interne.EPH Rouïba

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- ☐ Comprendre le concept de polypathologie
- ☐ Connaître les différentes pathologies intriquées
- ☐ Savoir identifier les symptômes atypiques pour éviter les pièges de la polypathologie
- ☐ Améliorer l'accompagnement de la personne âgée polypathologique

INTRODUCTION

- Prévalence des maladies chroniques augmente en raison de l'allongement de l'espérance de vie.
- L'âge avancée: présence simultanée de plusieurs maladies chroniques (polypathologie).
- Polypathologie : expose les personnes âgées à une polymédication (avec risque accru d'effets indésirables) et a été associée à une moins bonne qualité de vie,
- PEC d'une personne âgée polypathologique est complexe :
 - Coexistence de pathologies chroniques
 - Présence de problèmes psychologiques et sociaux

Généralités

- En moyenne, 7 pathologies co-existent chez une personne âgée malade.
- De la cataracte à la maladie d'Alzheimer en passant par toutes les insuffisances et déficiences organiques,
- Le vieillissement pathologique génère la fragilité, avec toutes les décompensations qu'elle entraîne.
- La polypathologie déroute le professionnel car elle bouleverse certains de ses apprentissages et bien des lois cliniques.

Généralités

- Prendre en soin une personne polypathologique : approche globale avec une éthique qui prend en compte le confort, la recherche du consentement et les priorités de la personne.
- Personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs : la plainte est limitée, peu compréhensible.
- Professionnel : deviner, décrypter des attitudes, des changements de comportements.

L'âge de la vieillesse : Quelques définitions

- L'âge : seuil de 65 ans initialement utilisé
- Personnes âgées (« aînés ») : > 75 ans,
- Grand âge » > 85 ans.
- Âge de 75 ans : Dégradation de l'état sanitaire (vulnérabilités)
- 75 - 85 ans : Malgré la dégradation de leur état sanitaire, restent autonomes (« troisième âge »).
- > 85 ans (« grand âge ») : Risque de perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne

Personnes âgées : Une population spécifique

- Survenue fréquente de polypathologies,
- L'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique
- Risque de perte d'autonomie et de dépendance.

Personnes âgées : Une population spécifique

- La fragilité ou la maladie (isolée/plurielle avec comorbidités/ \pm sévère/ \pm stable)
- Soins complexes (polymédication, hospitalisation, multiplicité des acteurs)
- L'intérêt du repérage de la fragilité par les aides à domicile
- L'autonomie fonctionnelle et de la capacité à prendre soin de soi : troubles cognitifs, troubles de l'humeur...)
- La vulnérabilité socio-économique : faibles ressources, habitat, isolement (absence de proche aidant, défaut d'aides)

Maladies liées à l'âge

- **Maladies** rhumatologiques.
- **Maladies** neurologiques.
- **Maladies** bucco-dentaires.
- **Maladies** urologiques et désagréments gynécologiques.
- **Maladies** des yeux et des oreilles.

Principales maladies liées au vieillissement

- Cancer. ...
- Diabètes. ...
- **Maladies** cardiovasculaires. ...
- Ostéoporose. ...
- Arthrose. ...
- **Maladie** pulmonaire obstructive chronique (BPCO) ...
- **Maladie** d'Alzheimer, démence et autres troubles cognitifs liés au vieillissement.

Prise en charge du sujet polypathologique

- Prise en charge hospitalo-centrée vers une gestion plus axée sur le recours aux soins de santé primaires
- Médecin généraliste: rôle important dans le suivi extrahospitalier des PA polypathologiques .
- Recommandations médicales actuelles des experts
- PA polypathologiques : se rendre régulièrement chez leur médecin traitant, qui évaluera :
 - l'observance des traitements
 - la présence de complications .

- **Patients polypathologiques** : Multiples facteurs de risque (HTA,DT2, hyperlipidémie), soit

Plusieurs pathologies chroniques (insuffisance coronarienne, arthrose, dépression), soit les deux.

- **Maladie chronique?** recouvre des affections fort différentes dans la pratique médicale du point de vue de la sévérité et de l'issue de la maladie, de la rapidité de son évolution, de ses manifestations cliniques ou biologiques (cancer, arthrose, eczéma, dyslipidémie...).
- **Trois critères sont très souvent retrouvés pour définir la chronicité :**
 - Durée de la maladie, (qu'elle soit stable ou non, sévère ou bénigne,
 - Se manifeste par des épisodes aigus ou non
 - Sa gestion médicale dans le temps et sa répercussion sur la qualité de vie des malades

- Gestion des polypathologies caractéristiques de la gériatrie : très complexe.
- Patient polypathologique chronique : place importante au sein de la consultation du médecin généraliste :
40% de ses consultations concernent un patient polypathologique chronique .
- Nombre de pathologies chroniques par patient augmente avec l'âge.

Nombre de pathologies : Relation directe avec le nombre de médicaments prescrits.

Poly prescription (fréquente) = Difficile à éviter et représente un enjeu important du fait :

- L'augmentation du nombre de traitements inappropriés
- L'augmentation du risque d'interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses
- L'augmentation du risque de contre-indications liées à plusieurs pathologies concomitantes
- Diminution de l'observance des traitements par les patients
- L'augmentation du coût de la prise en charge

- Gestion des polypathologies est complexe :
- Cette complexité de prise en charge ne dépend pas seulement de l'âge, du sexe, et du nombre de pathologies
- Elle est dépendante de la nature des pathologies en jeu.
- La polypathologie est source de polyprescription.
- Recommandations concernent les maladies isolées plus que les patients ayant plusieurs problèmes de santé.
- Iatrogénie concernent les populations âgées polypathologiques

- Polyprescription (l'étude polychrome) : Optimiser 11 ordonnances assez représentatives de polypathologies chroniques contenant **médicaments**:
 - **Cardiovasculaires, Anti-diabétiques Oraux, Benzodiazépines Et Anti-dépresseurs, AINS,**
 - **Antalgiques de Niveau I et II**, et traitements concernant l'appareil digestif, dont les **IPP**.
- Cette optimisation : groupe d'experts médecins et pharmacologues a conduit à la réduction d'un 1/3 du nombre des médicaments
- Ce qui permet de résoudre un 1/4 des contre-indications et près de la 1/2 des interactions médicamenteuses.

Travail d'expertise: persistance d'un risque encore non nul d'effets indésirables des médicaments

(contre-indications et interactions médicamenteuses).

Ce type de réévaluation des ordonnances : impossible à réaliser au cours d'une consultation habituelle, au vu de
l'importance du travail (personnel et collectif) que cela a demandé aux experts.

polypathologie chronique avec son suivi au long cours, et le renouvellement fréquent de ses médications est un domaine particulièrement exposé au risque d'inertie thérapeutique

L'importance :prendre le temps de s'interroger sur ses pratiques (formation continue, groupes de pairs)

Polymédication

- la médication correspond à « l'emploi systématique d'un ou de plusieurs agents médicaux, dont l'action synergique vise un but thérapeutique déterminé ».
- L'OMS (2004) : l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments »
- **.Termes** « nombreux » et « nombre excessif » ne faisant référence à aucune quantification spécifique,
- En opposition avec un nombre acceptable de médicaments qu'il n'est pas évident de définir

Littérature

- seuils de 5 médicaments ou plus et de 10 médicaments ou plus sont les plus fréquemment utilisés pour définir la polymédication .
- seuils dans les études ont tendance à augmenter avec la mise à disposition de médicaments toujours plus nombreux.
- Kim et al. en 2014 : une consommation de plus de 10 médicaments est désignée comme majeure tandis que celle de plus de 20 médicaments est qualifiée d'excessive .
- Consommation de 5 médicaments ou moins est désormais qualifiée d'« oligopharmacie » ou de « non polypharmacie »

Polymédication simultanée

- Nombre de médicaments pris simultanément par le patient un jour donné
- Cet indicateur permet de mesurer des facteurs transitoires d'augmentation du nombre de médicaments comme les maladies aiguës ou les hospitalisations.
- Permet d'étudier le risque d'interaction médicamenteuse, la complexité des schémas posologiques et les épisodes de polymédication

Polymédication cumulative

- Somme des médicaments différents administrés au cours d'une période donnée .
- Période la plus utilisée est celle de 3 mois car elle permet de prendre en compte 95 % des prescriptions
- Correspond à la période de renouvellement standard de l'ordonnance. .
- Elle permet de donner un poids équivalent à tous les médicaments indépendamment de leur durée d'utilisation et est donc utile pour quantifier le coût réel des prescriptions.
- Elle est la plus adaptée pour analyser les prescriptions inappropriées.

Polymédication continue

- Médicaments pris de façon prolongée et régulière .
- Présents sur 2 périodes de temps espacées par exemple de 6 mois, ou sur 2 trimestres successifs.
- Cet indicateur permet de mettre en exergue les traitements courts par différence avec celui de polymédication cumulative.
- Polymédication continue est également utile lorsque l'on s'intéresse à la charge thérapeutique et/ou financière

L'indicateur qui sera retenu dépendra par conséquent de ce que l'on cherche à mesurer :

- Pour les effets indésirables et l'analyse des prescriptions inappropriées : **Polymédication cumulatif**
- Pour les interactions médicamenteuses à un niveau individuel et les variations du nombre de médicaments sur de courtes périodes : **Polymédication simultanée**
- Pour mesurer les charges financières et thérapeutiques des maladies chroniques : **Polymédication continue**

Aspect qualitatif

Plusieurs modalités de prescription suboptimale chez le sujet âgé

- ✓ Overuse (**surutilisation**),
- ✓ Misuse (**mauvaise utilisation**)
- ✓ Underuse (**sous-utilisation**)

Reprises dans les pays anglo-saxons pour évaluer la prescription chez le sujet âgé

Overuse ou polymédication par excès de traitements

- Cette situation lorsque les médicaments sont prescrits en l'absence de justification médicale.
- Deux cas de figures : soit les médicaments sont prescrits en l'absence d'indication
- soit les médicaments prescrits n'ont pas prouvé leur efficacité
- L'overuse par prescription de médicament en l'absence d'indication : ex prescription en excès des benzodiazépines.
- Taux annuel de consommateurs d'anxiolytiques et d'hypnotiques augmente avec l'âge alors que la prévalence des syndromes anxieux diminue.
- traitements par IPP, parfois prescrits devant de simples symptômes digestifs hauts ou plus souvent prolongés à tort après une pathologie ulcéreuse gastro-duodénale

Misuse ou polymédication par prescription inappropriée

- Prescription de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus.
- Outils permettant de lister les médicaments à prescrire ou à ne pas prescrire chez les personnes âgées dont les plus couramment utilisés sont les critères de Beers et l'outil STOPP-START.
- Critères de Beers ont été publiés en 1991 puis revisités plusieurs fois depuis, la version la plus récente datant de 2015 ¹² , Ils concernent les personnes âgées de 65 ans ou plus.
- Ces critères correspondent à une liste réalisée à partir d'un consensus d'experts sur laquelle figurent les médicaments identifiés comme à risque chez la personne âgée.
- Cet outil est complexe à utiliser car les médicaments sont classés selon leur nom, leur classe médicamenteuse ou leur système physiologique.
- Il Contient de nombreux médicaments peu utilisés en pratique courante.

- Cet outil est complexe à utiliser car les médicaments sont classés selon leur nom, leur classe médicamenteuse ou leur système physiologique.
- Il Contient de nombreux médicaments peu utilisés en pratique courante

Il ne s'intéresse qu'aux médicaments les plus couramment utilisés et liste plusieurs médicaments qui ne sont pas inclus dans les critères de Beers.

Le taux de prescriptions inappropriées varie de 10 à 20 % selon les études et les pays dans lesquels elles sont menées

En « nursing home », le taux de prescriptions inappropriées est beaucoup plus élevé et entraînerait un risque d'hospitalisation et de décès¹⁵ .

Underuse ou insuffisance de traitement

- l'absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité .
- La notion d'underuse inclut la sous-prescription mais aussi le sous-dosage et le sous-diagnostic.
- L'overuse et le misuse sont plus fréquents chez les patients vivant en institution, polypathologiques et polymédiqués, tandis que l'underuse est plus élevé chez les patients vivant à domicile et polypathologiques.

Conséquences de la polymédication

- Association significative existe : entre polymédication et survenue d'effets indésirables , d'interactions médicamenteuses, de chutes, voire d'augmentation de la mortalité.
- Autres conséquences : défaut d'observance, réduction des capacités fonctionnelles, cout financier

Quelques exemples

- **Synergie additive** (+++) : Augmentation de la fréquence du risque d'hypotension artérielle orthostatique lorsque deux médicaments antihypertenseurs sont prescrits.
- **Synergie potentialisatrice** (++) : Risque accru d'hémorragie digestive dans le cas de co-prescription d'un anticoagulant oral et d'un AINS.
- **Antagonisme** : diminution de l'effet hypertenseur des IEC par les AINS.

- Probabilité des interactions médicamenteuses augmente avec le nombre de médicaments prescrits ;
- Patient prenant entre 5 et 9 médicaments a 50 % de risque d'avoir une interaction médicamenteuse.
- Ce risque passe à 100 % pour un patient prenant 20 médicaments ou plus.
- Plupart des interactions médicamenteuses sont évitables,

Une étude a mis en avant les classes médicamenteuses les plus communément impliquées :

- Anticoagulants, AINS,
- Médicaments cardio-vasculaires, diurétiques,
- Anticonvulsivants, benzodiazépines
- Médicaments hypoglycémiants .

Cas particulier des chutes

- Elle est associée à des déficiences sensorielles, neuromusculaires et ostéoarticulaires.
- Environ 1/3 des PA de 65 ans et plus vivant à leur domicile chutent chaque année.
- Diminution de la mobilité et un accroissement de la dépendance
- Conséquences psychologiques : perte de confiance en soi, déclin des capacités fonctionnelles.
- Chutes : 1 ère cause de décès par traumatisme
- Responsables : Nombre important d'hospitalisations (fracture de la hanche +++)

Polymédication

- Polymédication : interactions médicamenteuses et effets indésirables
- Deux classes médicamenteuses(+++) : psychotropes et les médicaments cardio-vasculaires
 - - Psychotropes : antidépresseurs, sédatifs-hypnotiques, tranquillisants et les neuroleptiques.
- Parfois sans indication claire.
- Effets secondaires : somnolence, vertiges, hypotension orthostatique et troubles visuels.
- Interactions entre deux psychotropes ou plus peuvent aggraver ces effets.

- Médicaments Cardio-vasculaires : antiarythmiques, digoxine, diurétiques et dérivés nitrés.
- Diurétiques et les vasodilatateurs : effet hypotenseur
- Psychotropes, et médicaments cardio-vasculaires : ↑ effets indésirables.
- 'Identification les patients à risque : recherche de polymédication, médicaments augmentant le risque de chute, leurs indications et l'adaptation des doses à l'état de santé de la personne âgée,

Questions à se poser afin de réduire la polymédication

- Est-ce que l'indication est encore actuelle ?
- Est-ce que l'indication est bien fondée ?
- Est-ce que le traitement est prioritaire ?
- Est-ce que ce médicament est le plus sûr de sa classe ?
- Y a-t-il des interactions avec les autres médicaments pris par le patient ?
- Y a-t-il des contre-indications à prescrire ce médicament ?
- Est-ce qu'une individualisation posologique est nécessaire ?
- Est-ce que des médicaments font double emploi (par exemple génériques) ?
- Est-ce que la forme galénique est adaptée au patient ?
- Est-ce que le coût du traitement est gérable par le patient (remboursé par l'assurance de base, générique disponible) ?

Illustration

- Mme J., 75 ans, consulte pour la première fois au cabinet. Son médecin, qui la suivait depuis 22 ans, vient de prendre sa retraite.
- Elle vit avec son mari, un peu plus âgé qu'elle, et habite au 2ème étage d'un immeuble sans ascenseur. Elle sort peu.
- Son histoire personnelle a été marquée par le décès d'une de ses petites-filles qu'elle a vu se faire écraser sous ses yeux par une voiture.
- Il semble que depuis cet événement, elle est triste, angoissée, dépressive. Elle consultait régulièrement son ancien médecin pour le renouvellement de son ordonnance, avec souvent du retard par rapport à la date d'échéance de son ordonnance précédente.
-

(Suite)

- Elle est traitée pour une hypertension artérielle, un angor, et un DT2.
- De plus, elle se plaint très régulièrement de douleurs articulaires rapportées à un terrain arthrosique important et diffus.
- Elle souffre de remontées acides fréquentes, dans le cadre d'une hernie hiatale, de fuites urinaires à l'effort et à la toux, et d'un prurit sine materiae.
- Elle a subi une hystérectomie totale non conservatrice il y a 30 ans.

(Suite)

L'examen clinique est sans particularité et la biologie récente retrouve

- une HbA1C à 6,4 % et une clairance MDRD à 62,6 ml/min.
- Son ancienne ordonnance comporte : Aténolol 100 (1) - Losartan + Hydrochlorothiazide (1)
- - Monicor 40 LP (1) - Aspirine 160 (1) - Glipizide (3) - Metformine 850 (2) - Sertraline (1)
- - Alprazolam 0,25 (1) - Hydroxyzine 25 (1) - Paracétamol 500 à la demande
- - Gaviscon suspension à la demande
- - Colpotrophine à la demande
- - Acide niflumique en gel à la demande.

(Suite)

- Ce cas est un exemple (fréquent) de patient âgé polymédiqué du fait de polypathologies.
- Le rôle de ce nouveau médecin va être d'éviter le risque iatrogène chez Mme J.:

risque d'hypotension, d'hypoglycémie, d'insuffisance rénale, de troubles de la vigilance,

- En ayant conscience des interactions médicamenteuses :

Exemple : bêta-bloquants et sulfamides hypoglycémiants,

alprazolam et hydroxyzine

ARA II et hypoglycémiants oraux.

(Suite)

- Il lui faudra réévaluer : le traitement psychotrope, le traitement cardio-vasculaire et le traitement hypoglycémiant.
- Tout cela sans négliger l'aspect ?qualité de vie?,
- Car Mme J. est sans doute plus gênée au quotidien par ses douleurs articulaires,
- ses fuites urinaires et son reflux que par son DT2 ou son HTA.
- Probablement, cela se fera sur plusieurs consultations, étapes par étapes, et avec la patiente.
- Prudent, il commencera en proposant à la patiente de tester la diminution d'un médicament, en ne l'imposant pas et en expliquant les risques d'un traitement aussi lourd.

Conclusion

- Fréquence de survenue des pathologies chroniques et de leur association est importante chez les sujets âgés
- Augmentation du risque d'interférence médicamenteuse et le risque d'iatrogénie.
- Prise en Charge est multidisciplinaire.

**Merci de votre
attention**