

Aller au fond des choses

Rôle des anticholinergiques et des benzodiazépines dans le déclin cognitif et les chutes

Barbara Farrell PharmD FCSHP Pamela Eisener-Parsche MD CCFP FCFP CCPE Dan Dalton RPh

Pour que les aînés puissent vivre le plus longtemps possible dans leur maison, il est essentiel d'optimiser leur fonctionnement. Les aînés se présentent souvent chez leur médecin de famille avec des signes et des symptômes de déclin cognitif et de détérioration fonctionnelle. Il est primordial de reconnaître et de traiter les causes potentielles et les facteurs qui contribuent au déclin cognitif et fonctionnel si nous voulons prévenir une institutionnalisation inutile et améliorer la qualité de vie. Plus particulièrement, les personnes âgées sont plus susceptibles que les patients plus jeunes de développer une déficience cognitive et fonctionnelle parce qu'elles prennent des médicaments. Tant le nombre de médicaments que prennent les patients plus âgés que leurs changements physiologiques les rendent plus vulnérables au développement d'une toxicité. L'usage continu de médicaments inutiles contribue à la polypharmacie et comporte un risque accru de chutes, d'événements indésirables reliés à ces médicaments et de mortalité¹.

Dans le présent article, nous mettons en évidence comment la qualité de vie et le fonctionnement d'une personne âgée ont été influencés par la révision de sa médication, le sevrage et l'arrêt de prescriptions de médicaments et les contributions d'une équipe interprofessionnelle durant une admission à l'Hôpital de jour gériatrique Soins continus Bruyère (HJG) à Ottawa, en Ontario.

Cas

Une demande de consultation à l'HJG est présentée pour une femme de 69 ans en raison d'inquiétudes entourant la polypharmacie, la mobilité, la cognition et des chutes répétées. Ses antécédents médicaux révèlent 3 accidents vasculaires cérébraux (AVC), de l'hypertension, de l'asthme, de la gastroparésie, une sténose récurrente de l'œsophage qui exige des dilatactions mensuelles, une dépression grave contrôlée, de l'hypothyroïdie, des problèmes fonctionnels intestinaux chroniques et un méningiome. Les AVC ont causé une diminution considérable dans ses habiletés fonctionnelles globales, notamment une hémiplégié gauche et une détérioration de l'équilibre. On a aussi attribué aux AVC des problèmes de mémoire à court terme, de la difficulté à trouver ses mots et des épisodes de confusion. En raison de la faiblesse dans ses extrémités supérieures gauches, elle a besoin de l'aide de son mari pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. Les résultats du bilan sanguin étaient normaux et sa clairance de la créatinine calculée se situait à 67 ml/min (à l'aide de la formule de Cockcroft-Gault avec poids corporel idéal). La patiente avait de la difficulté à se souvenir de ses médicaments et son conjoint l'aidait au moyen de rappels et en lui ouvrant les flacons à bouchon-pression de médicaments.

L'évaluation initiale du médecin a cerné les chutes, la mobilité médiocre, la faible cognition, la polypharmacie et une gestion inadéquate de la médication comme étant les principaux problèmes. La patiente tombait de 2 à 3 fois par semaine mais n'avait pas encore subi de blessures majeures. Elle n'avait pas de symptômes précurseurs avant ou au moment des chutes. Ces chutes se produisaient lorsqu'elle changeait de direction ou en passant de la position couchée à debout. Elle avait subi récemment une évaluation neuropsychologique et on avait constaté une déficience cognitive globale considérable, conforme à un diagnostic de démence. Le conjoint de la patiente a indiqué qu'il était fatigué et se sentait dépassé. Pour aborder ces problèmes, on a consulté un physiothérapeute, un ergothérapeute, une infirmière, une travailleuse sociale et un pharmacien. Le pharmacien a effectué une évaluation de la médication, qui comprenait une entrevue exhaustive de 45 minutes avec la patiente, un examen du dossier et des conversations avec la famille ainsi que le pharmacien dans la communauté. Chaque médicament a été examiné en fonction de son indication, de son efficacité, de sa sécurité, de l'observance et de la compréhension de la patiente². Les résultats de la partie initiale de cette évaluation sont présentés au **Tableau 1**.

Arrêtez ici. Si vous utilisez ce rapport de cas à des fins de discussion en groupe, vous pouvez obtenir dans **CFPlus*** des instructions, des questions de discussion et une fiche de travail vierge sur l'identification des problèmes

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Il ne faut pas présumer que le déclin cognitif est attribuable à un processus neurodégénératif. Évaluez rigoureusement le patient pour cerner des problèmes médicaux concomitants sous-jacents ou des effets indésirables de médicaments lorsque vous posez un diagnostic de démence.
- On peut réduire le risque de chutes en utilisant minimalement les benzodiazépines et les anticholinergiques.
- Ce cas met en évidence les améliorations considérables apportées par un duo pharmacien-médecin qui règle les problèmes reliés aux médicaments et par divers membres d'une équipe interprofessionnelle qui collaborent pour optimiser le fonctionnement et la qualité de vie.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the April 2014 issue on page 345.

*Vous trouverez à www.cfp.ca des instructions, des questions de discussion et des fiches de travail sur l'identification des problèmes reliés aux médicaments, ainsi que l'élaboration d'un plan pharmacothérapeutique et la planification des interventions. Allez au texte intégral de l'article en cliquant sur **CFPlus** dans le menu du coin supérieur droit de la page.

reliés aux médicaments et l'élaboration d'un plan de soins interprofessionnels. Vous pourriez imprimer la description de cas ci-haut et le **Tableau 1** pour en discuter avant de poursuivre la lecture concernant les résultats de l'évaluation de la médication.

*On a évalué les signes et les symptômes pour déterminer des causes pharmacologiques potentielles et on a cerné des problèmes reliés aux médicaments³. L'évaluation complète de la médication se trouve au **Tableau 2**.*

Arrêtez ici. Si vous utilisez ce rapport de cas à des fins de discussion en groupe, vous pouvez obtenir dans **CFPlus*** des instructions, des questions de discussion et une fiche de travail vierge sur la planification d'interventions. Vous pourriez imprimer la description de cas ci-haut et le **Tableau 2** pour en discuter avant de poursuivre la lecture à propos de la mise en œuvre du plan thérapeutique.

Étant donné que divers médicaments, en particulier les benzodiazépines et les anticholinergiques que prenait la

Tableau 1. Bilan de la médication: Au nombre des allergies et des intolérances de la patiente figuraient celles à la pénicilline (rash, fièvre, essoufflement), à la lévofloxacine (myalgies), à la venlafaxine (agitation) et au citalopram, à la néfazodone, au bupropion et à la trazodone (céphalées, sensation d'ivresse, étourdissements, chutes).

MÉDICATION	RAISON DE L'USAGE (SI CONNUE)	ÉVALUATION DES CONNAISSANCES, DE L'EFFICACITÉ, DE L'OBSERVANCE, DES OBJECTIFS ET DE LA SÉCURITÉ	DURÉE (SI CONNUE)
2,5 mg de ramipril par jour	Hypertension	<ul style="list-style-type: none"> Durant les 3 premières semaines d'admission, la PA de la patiente à l'HJG variait de 116/64 à 156/70 mm Hg (4 sur 8 au-dessus du seuil visé) Seuil visé de la PA < 140/90 mm Hg 	Années
75 mg de clopidogrel 1 fois par jour	Prévention secondaire	<ul style="list-style-type: none"> 3 AVC par le passé (mars et mai 2002 et juin 2003) 	Mois
30 mg de dompéridone 4 fois par jour	Pour le SCI lorsque les symptômes sont principalement la constipation	<ul style="list-style-type: none"> Dose récemment réduite par rapport à 40 mg 4 fois par jour 	Années
250 mg d'érythromycine 3 fois par jour au besoin		<ul style="list-style-type: none"> Le conjoint de la patiente dit que l'érythromycine n'a aucun effet sur les symptômes 	Mois
3 c. à table de lactulose 3 à 4 fois par jour au besoin	Pour le SCI lorsque les symptômes sont principalement la diarrhée	<ul style="list-style-type: none"> En prend après 6 à 7 jours de constipation pendant 2 jours jusqu'à ce que la diarrhée apparaisse 	Années
30 ml de laxatif au psyllium 2 fois par jour au besoin		<ul style="list-style-type: none"> En prend après 6 à 7 jours de constipation pendant 2 jours jusqu'à ce que la diarrhée apparaisse 	Années
50 mg de pinavérium 3 fois par jour	Pour le SCI lorsque les symptômes sont principalement la diarrhée	<ul style="list-style-type: none"> La patiente n'est pas certaine si c'est utile 	Années
2 mg de lopéramide aux 6 heures au besoin		<ul style="list-style-type: none"> Prend 5 capsules de 2 mg sur plusieurs heures lorsque la diarrhée apparaît jusqu'à ce qu'elle disparaisse 	Années
5 mg de chlordiazépoxyde avec 2,5 mg de clidinium 2 à 3 fois par jour	SCI	<ul style="list-style-type: none"> Incertitude si c'est utile 	Années
200 mg d'amitriptyline tous les soirs au coucher	Dépression	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents de dépression sévère, sous contrôle maintenant 	Depuis 1994
Un demi-comprimé d'acide acétylsalicylique, de butalbital, de codéine et de caféine au besoin	Spasmes œsophagiens	<ul style="list-style-type: none"> La patiente dit que cela ne la soulage pas; elle dit n'en prendre qu'une fois par semaine, mais les dossiers de renouvellement des ordonnances indiquent 4 fois par semaine 	Inconnue
30 mg de lansoprazole par jour	Brûlures d'estomac	<ul style="list-style-type: none"> Souffre encore de brûlures d'estomac la nuit; prend 3 comprimés d'antiacides à base de carbonate de calcium chaque soir 	2 ans
Comprimés d'antiacides à base de carbonate de calcium au besoin			Inconnue
0,088 µg de lévothyroxine chaque matin	Hypothyroïdisme	<ul style="list-style-type: none"> Le niveau de thyroestimuline est de 0,67 mU/l 	Années
Codéine avec acétaminophène au besoin (en moyenne 2 par jour)	Céphalées	<ul style="list-style-type: none"> Soulage les céphalées de type «serrement» en 20 à 30 minutes, mais non pas les céphalées «bruits-lumière» 	Années
Acétaminophène avec chlorhydrate de phényléphrine au besoin	ND	ND	Années
10 mg de loratadine 1 fois par jour	Allergies environnementales	ND	Années
2 inhalations de nébuliseur de budésonide-formotérol 2 fois par jour	Asthme	<ul style="list-style-type: none"> Prend de la terbutaline chaque matin (son conjoint dit qu'elle a été prescrite parce que sa femme ne pouvait pas utiliser le nébuliseur de salbutamol, mais maintenant elle prend les 2); déteste le goût 	Années
2 inhalations de nébuliseur de terbutaline par jour au besoin			Années
2 inhalations d'une dose de 200 µg de salbutamol aux 4 heures au besoin		<ul style="list-style-type: none"> Prend du salbutamol 4 à 5 fois par jour; a de la difficulté à peser sur le doseur en raison de la faiblesse de son pouce 	Années

PA—pression artérielle, AVC—accident vasculaire cérébral, HJG—Hôpital de jour gériatrique Soins continus Bruyère, SCI—syndrome du côlon irritable, ND—non disponible.

patiente, auraient pu contribuer au déclin cognitif et aux chutes, on a apporté les changements suivants: on a cessé l'administration du chlordiazépoxide et du clidinium, la dose d'amitriptyline a été réduite à 150 mg le soir et on a arrêté la codéine avec l'acétaminophène. Au moment du congé, des signes manifestes d'une amélioration considérable étaient observés dans tous les domaines de la fonction mentale, comme en témoignaient de multiples tests psychométriques standardisés, permettant d'exclure un processus progressif sous-jacent de démence. Son score au mini-examen de l'état mental s'est amélioré, passant de 24 à 30 (sur 30) au moment du congé et elle faisait preuve d'une attention, d'une concentration, d'une mémoire à court terme et d'une capacité de solution de problèmes toutes améliorées. Il s'était produit une

amélioration substantielle dans son équilibre, notamment un score sur l'échelle de l'équilibre Berg passant de 12 à 33 (sur 56) et sa tolérance à se tenir debout s'est accrue de 5 minutes à 30 minutes; sa distance de marche en 6 minutes a augmenté de 120 m à 225 m lors du congé. Il n'y a pas eu de chutes signalées dans les 2 derniers mois suivant son admission à l'HJG. Enfin, sa démarche, la force et le fonctionnement de ses extrémités supérieures se sont améliorés dramatiquement, la force de ses extrémités inférieures est passée de 3 à plus de 4 (sur 5), l'utilisation fonctionnelle de sa main gauche s'est améliorée de 10 % à 80 % et la force de sa poigne est passée de 33 mm Hg à 90 mm Hg. D'autres modifications à la médication ont été apportées afin d'optimiser la pharmacothérapie, mais ces médicaments n'étaient pas considérés comme des

Tableau 2. Plan pharmacothérapeutique

PROBLÈMES RELIÉS AUX MÉDICAMENTS	PLAN D'ACTION	SURVEILLANCE
Médicaments qui pourraient contribuer au déclin cognitif et au risque de chutes: <ul style="list-style-type: none"> • Chlordiazépoxide • Clidinium • Amitriptyline (qui contribue aussi à la prolongation de l'intervalle QT avec l'érythromycine et la dompéridone) 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter le chlordiazépoxide et le clidinium (le sevrage progressif n'est pas nécessaire en raison de la longue demi-vie des benzodiazépines) • Diminuer graduellement l'amitriptyline à 150 mg au coucher et consulter le psychiatre gériatrique concernant une baisse additionnelle 	Cesser les benzodiazépines à compter du 7 ^e ou 10 ^e jour, puis pendant les 6 semaines suivant l'arrêt: insomnie, anxiété, etc. Amélioration dans les symptômes cognitifs Amélioration dans les symptômes anticholinergiques (p. ex. bouche sèche, constipation, étourdissements)
Le cycle constipation-diarrhée pourrait être exacerbé par la surutilisation périodique d'un laxatif au psyllium et du lactulose, suivis par le lopéramide	<ul style="list-style-type: none"> • Changer par 1 c. à table par jour de laxatif au psyllium systématiquement (chaque matin avec de l'eau) et 1 à 2 c. à table de lactulose aux 2 ou 3 jours en l'absence de selles • Fournir un journal pour consigner les symptômes du SCI 	Selles (journal du SCI); nécessité de prendre du lopéramide
Pourrait ne pas avoir besoin des 3 médicaments, soit l'érythromycine, la dompéridone et le pinavérium; risque d'effets secondaires multipliés (p. ex. diarrhée, nausée, vomissements, prolongation de l'intervalle QT)	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois l'utilisation du laxatif au psyllium et du lactulose stabilisée, envisager un sevrage de l'érythromycine • Sevrer de la dompéridone quand l'effet de l'érythromycine est connu • Sevrer du pinavérium quand l'effet de ce qui précède est connu 	Selles (journal du SCI) Lors du sevrage de la dompéridone, surveiller si les symptômes de spasmes ou de reflux œsophagiens s'aggravent
Brûlures d'estomac continues (avec sténose œsophagienne); pourrait avoir besoin d'une dose plus forte de lansoprazole	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la dose de lansoprazole à 30 mg 2 fois par jour 	Brûlures d'estomac; utilisation des antiacides à base de carbonate de calcium
Un demi-comprimé d'acide acétylsalicylique, de butalbital, de codéine et de caféine, et l'acétaminophène avec codéine pourraient contribuer aux brûlures d'estomac, à la constipation, aux étourdissements et à la confusion; efficacité limitée de chacun d'entre eux	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec la patiente de la réduction de la dose d'acide acétylsalicylique, de butalbital, de codéine et de caféine • Limiter l'acétaminophène avec codéine à 1 comprimé pour les céphalées de «serrement» seulement 	Spasmes œsophagiens Céphalées
PA plus élevée que le seuil visé; pourrait bénéficier d'une dose accrue de ramipril	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le ramipril à 5 mg 	Toux; niveaux de créatinine sérique et électrolytes dans 1 à 2 semaines Seuil de PA visé < 140/90 mm Hg
À risque d'effets secondaires multipliés en raison de la surutilisation de 2 β ₂ -agonistes à courte durée d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter le nébuliseur régulier de terbutaline et utiliser seulement le nébuliseur de salbutamol au besoin, muni d'un adaptateur à poignée et d'une chambre d'inhalation à valve antistatique si nécessaire 	Capacité d'utiliser le nébuliseur de salbutamol

IPA—pression artérielle, SCI—syndrome du côlon irritable

facteurs contribuant aux chutes et aux problèmes cognitifs. On a cessé le nébuliseur de terbutaline, on a augmenté le lansoprazole, on a réduit les doses de laxatif au psyllium et de lactulose, qui sont devenues une dose quotidienne et on a ajouté du calcium et de la vitamine D (**Encadré 1**). On présente à l'**Encadré 2** la liste finale des médicaments. Durant l'admission de la patiente, son conjoint a rencontré la travailleuse sociale de l'HJG pour parler des problèmes de stress des aidants naturels.

Discussion

Aborder la déficience cognitive reliée à la médication. Le fardeau anticholinergique et l'utilisation des benzodiazépines

Encadré 1. Échéancier des interventions: Fardeau initial de pilules = 24; nombre initial de médicaments = 20; fardeau final de pilules = 9; nombre final de médicaments = 14

Semaine 1

- Aucun nouveau changement de médicaments

Semaine 2

- Arrêter la combinaison chlordiazépoxyde-clidinium
- Réduire l'amitriptyline à 150 mg au coucher

Semaine 3

- Aucun nouveau changement de médicaments

Semaine 4

- Aucun nouveau changement de médicaments

Semaine 5

- Aucun nouveau changement de médicaments

Semaine 6

- Changer le laxatif au psyllium à 1 c. à table chaque matin avec de l'eau et 1 à 2 c. à table de lactulose aux 2 à 3 jours si absence de selles et consigner les renseignements dans le journal du syndrome du côlon irritable
- Montrer à utiliser l'adaptateur avec poignée pour améliorer l'administration du salbutamol par nébuliseur

Semaine 7

- Le médecin à l'urgence a prescrit 300 mg de phénytoïne par jour

Semaine 8

- Aucun nouveau changement de médicaments

Semaine 9

- Aucun nouveau changement de médicaments

Semaine 10

- Commencer les suppléments de calcium et de vitamine D au souper
- Réduire la phénytoïne à 250 mg par jour
- Augmenter le laxatif au psyllium à 3 c. à table par jour et le lactulose à 2 c. à table par jour

Semaine 11

- Aucun nouveau changement de médicaments

Semaine 12

- Réduire la phénytoïne à 200 mg par jour

Semaine 13

- Aucun nouveau changement de médicaments

Semaine 14

- Augmenter le lansoprazole à 30 mg 2 fois par jour

Semaine 15

- Aucun nouveau changement de médicaments

sont tous 2 associés au déclin cognitif, y compris des scores plus faibles au mini-examen de l'état mental et au Trail Making Test, ainsi qu'à un diagnostic de démence^{4,9}. La perméabilité accrue de la barrière hémato-encéphalique et les déclinés reliés à l'âge dans la neurotransmission cholinergique, ainsi que la sensibilité plus grande aux benzodiazépines avec l'âge sont des facteurs qui y contribuent. Il a été démontré que la discontinuation des anticholinergiques et des benzodiazépines diminue le risque de déclin cognitif^{4,10}.

Le médicament à combinaison fixe de chlordiazépoxyde et de clidinium a été utilisé pour le traitement à court terme du syndrome du côlon irritable, mais il a des bienfaits limités compte tenu des risques associés à son usage à long terme¹¹. Le métabolite actif de la benzodiazépine chlordiazépoxyde a une demi-vie allant jusqu'à 200 heures et, avec la clairance plus tardive chez les patients âgés, sa durée d'action peut être prolongée et ses effets indésirables s'en trouver augmentés. La confusion, la perte de mémoire, les étourdissements, la somnolence diurne,

Encadré 2. Horaire de la médication au moment du congé

Matin

- 30 mg de lansoprazole
- 2,5 mg de ramipril
- 0,088 µg de lévothyroxine
- 200 mg de phénytoïne
- 30 mg de dompéridone
- 2 inhalations de nébuliseur de budésonide-formotérol
- 50 mg de pinavérium
- 75 mg de clopidogrel
- 250 mg d'érythromycine
- 2 c. à table de lactulose
- 2 c. à table de laxatif au psyllium

Après-midi

- 30 mg de dompéridone
- 50 mg de pinavérium
- 250 mg d'érythromycine

Souper

- 30 mg de lansoprazole
- 500 mg de calcium
- 1 000 UI de vitamine D
- 30 mg de dompéridone
- 2 inhalations de nébuliseur de budésonide-formotérol
- 50 mg de pinavérium
- 250 mg d'érythromycine

Coucher

- 150 mg (2 × 75 mg) d'amitriptyline

Au besoin

- 1 inhalation de nébuliseur de salbutamol
- 10 mg de loratadine
- 2 mg de lopéramide
- Acétaminophène avec codéine
- Demi-comprimé d'acide acétylsalicylique, de butalbital, de codéine et de caféine
- Antiacide à base de carbonate de calcium
- Acétaminophène avec chlorhydrate de phényléphrine

les chutes et les fractures, ainsi que l'humeur déprimée qui en résultent peuvent entraîner des déficiences graves de l'état fonctionnel¹². Après avoir arrêté la combinaison chlordiazépoxyde-clidinium, il s'est produit des améliorations considérables dans la mémoire et la fonction cognitive. Quoique l'utilisation à long terme des benzodiazépines soit associée avec des effets indésirables de sevrage, la longue demi-vie de cet agent explique probablement pourquoi la patiente a toléré une discontinuation abrupte. Toutefois, 2 mois après la cessation, la patiente a été victime d'épilepsie généralisée tonico-clonique et un médecin à l'urgence a commencé à lui prescrire 300 mg de phénytoïne par jour (dose éventuellement baissée à 200 mg par jour à l'HJG en raison des symptômes de fatigue et d'étourdissements, accompagnés d'un niveau de phénytoïne de 109 µmol/l). Bien que les épisodes de convulsion se produisent rarement à la suite de la cessation des benzodiazépines, la patiente avait un certain nombre de facteurs de risque (méningiome, multiples AVC) et il est incertain si le chlordiazépoxyde aurait pu masquer un problème d'épilepsie ou s'il s'agissait d'un événement indésirable ponctuel relié au sevrage du médicament. Étant donné que les risques associés avec l'utilisation à long terme du chlordiazépoxyde (surtout en ce qui a trait à sa contribution au diagnostic erroné de démence) surpassent sa capacité de prévenir les convulsions, un anticonvulsif plus approprié semblait indiqué.

Il est connu que les anticholinergiques causent de nombreux effets secondaires, comme la constipation, la sécheresse de la bouche, la rétention urinaire, des étourdissements, une vision brouillée et de la confusion. L'antispasmodique clidinium et l'antidépresseur tricyclique amitriptyline ont tous 2 contribué substantiellement à la charge anticholinergique. Même si nous avons été en mesure d'arrêter la combinaison chlordiazépoxyde-clidinium sans avoir d'importants effets indésirables de sevrage, la cessation de l'amitriptyline s'est révélée plutôt difficile, parce que la dépression de la patiente avait été sévère et résistante à de multiples autres médicaments par le passé. Le psychiatre gériatrique de la patiente a recommandé une réduction de dose à pas moins de 150 mg au coucher. Grâce à cette réduction de dose et à l'élimination du clidinium, le fardeau anticholinergique de la patiente a été réduit de manière significative.

Aborder les chutes reliées aux médicaments. Les benzodiazépines et les anticholinergiques causent une dépression du système nerveux central et augmentent le risque de chutes chez les patients âgés^{13,14}. Ces médicaments ont un effet multiplicateur, semblable à leurs effets sur la cognition, et la probabilité de chutes augmente lorsqu'ils sont pris en combinaison, surtout quand ils sont amplifiés par d'autres médicaments préexistants. Même si les AVC antérieurs de la patiente et l'incapacité qui en découle contribuaient au risque de chutes, la combinaison chlordiazépoxyde-clidinium et l'amitriptyline et certains étourdissements causés par d'autres médicaments étaient d'importants facteurs à prendre en compte. En plus de cesser la combinaison chlordiazépoxyde-clidinium et de réduire l'amitriptyline, le physiothérapeute de l'HJG a incité la

patiente à suivre un entraînement pour renforcer les extrémités inférieures et a mis en œuvre un programme d'exercices d'étirement et d'équilibre. L'ergothérapeute a offert une formation en démarche, en équilibre et en transfert et a renseigné la patiente au sujet des techniques de prévention des chutes. Une amélioration de 5 points dans les scores à l'échelle de l'équilibre Berg représente un véritable changement dans l'équilibre fonctionnel¹⁵. Le score à l'échelle de l'équilibre de Berg de cette patiente s'est amélioré de 21 points. Grâce aux progrès dans la force, l'équilibre et la tolérance à la position debout, la patiente n'a signalé aucune chute durant les 2 derniers mois suivant son admission à l'HJG. La récréologue de l'HJG a aidé la patiente à trouver un programme d'exercices dans la communauté auquel elle a adhéré sans hésitation.

Aborder les autres problèmes reliés aux médicaments.

Un certain nombre de médicaments utilisés dans le traitement des problèmes intestinaux de la patiente auraient pu contribuer aux étourdissements et au risque de chutes, mais la période de l'admission au programme a permis d'ajuster ses doses de laxatif au psyllium et au lactulose avec de bons résultats. Au moment du congé, ses selles étaient régulières, notamment 2 à 3 par semaines et sans symptômes persistants de diarrhée ou de constipation; le loperamide n'était plus nécessaire. L'amélioration dans la constipation pourrait aussi être attribuable à la réduction de sa charge anticholinergique. La dose de lansoprazole a été augmentée à 2 fois par jour à cause de brûlures d'estomac constantes et cette pratique s'est révélée efficace pour réduire les symptômes. On a consulté son gastro-entérologue pour qu'il fasse le suivi après son congé de l'HJG.

L'utilisation combinée de 2 β_2 -agonistes pour soulager les symptômes de l'asthme peut contribuer à des effets indésirables multipliés et on a donc informé la patiente de leur similitude et on lui a demandé d'arrêter la terbutaline. En se servant d'un nébuliseur de salbutamol muni d'un adaptateur à poignée et d'une chambre d'inhalation à valve antistatique, elle a finalement été capable d'appliquer la technique appropriée pour améliorer l'efficacité du médicament et minimiser l'absorption systémique due à une inspiration trop rapide. On a ajouté du calcium et de la vitamine D à sa médication. La codéine avec l'acétaminophène n'était plus nécessaire à la fin de son séjour, car ses maux de tête avaient disparu. Aucun changement dans sa dose de ramipril n'a dû être apporté parce que sa pression artérielle était habituellement sous les seuils visés durant la deuxième moitié de son admission.

Conclusion

Dans l'évaluation du déclin cognitif et fonctionnel des patients plus âgés, il s'impose de faire une révision complète des problèmes de santé et des médicaments. Il importe de ne pas présumer que le déclin cognitif est attribuable à la démence jusqu'à ce que vous ayez été au fond des choses. Dans le cas présent, en dépit d'un diagnostic initial de démence par un neuropsychologue, le déclin cognitif n'était pas relié à un processus neurodégénératif sous-jacent, mais plutôt le résultat des médicaments qui influençaient aussi le risque de chutes. Ce

cas démontre les améliorations considérables apportées grâce à un duo pharmacien-médecin qui s'est penché sur les problèmes associés aux médicaments et aux nombreux membres d'une équipe interprofessionnelle qui ont travaillé ensemble à optimiser le fonctionnement et la qualité de vie. La qualité de vie du conjoint de la patiente a aussi été améliorée car il ressentait considérablement moins de stress au moment du congé.

Cette patiente a été admise à l'HJG 3 ans plus tard à la suite d'un léger AVC. Elle avait préservé à ce moment-là les gains réalisés sur le plan de l'équilibre et de la distance de marche et ne montrait aucun signe de cognition déficiente. Plusieurs des médicaments pour ses problèmes gastro-intestinaux, ainsi que l'amitriptyline et la phénytoïne, avaient été discontinués sans problème durant l'intervalle. Lorsque nous avons communiqué avec cette femme concernant le rapport de cas 8 ans plus tard, elle s'est immédiatement souvenu des noms des membres de l'équipe. Elle a donné son consentement sans hésitation et a déclaré qu'elle n'avait plus jamais fait de chute et que l'équipe de l'HJG lui avait «sauvé la vie», ce qui démontre que ces changements avaient eu des effets durables. ✨

M^{me} Farrell est pharmacienne à l'Hôpital de jour gériatrique Soins continus Bruyère à Ottawa, en Ontario, scientifique à l'Institut de recherche Bruyère, professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa et professeure adjointe à la Faculté de pharmacie de la University of Waterloo en Ontario. **D^{rs} Eisener-Parsche** est médecin traitante et consultante en soins aux personnes âgées auprès de l'équipe de santé familiale de l'Hôpital de jour gériatrique Soins continus Bruyère et professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa. **M. Dalton** était assistant clinique et de recherche à l'Institut de recherche Bruyère et étudiant à la Faculté de pharmacie de la University of Waterloo au moment de cette étude et il est maintenant pharmacien clinique consultant auprès de Medical Pharmacies.

Remerciements

Le soutien financier pour ce projet est fourni par l'Organisation académique médicale Bruyère.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Barbara Farrell, Bruyère Research Institute, 43 Bruyère St, Ottawa, ON K1N 5C8; téléphone 613 562-6262, poste 1315; courriel bfarrell@bruyere.org

Références

1. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5(4):345-51.
2. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice. The clinician's guide*. 2^e éd. New York, NY: McGraw-Hill; 2004.
3. Winslade N, Bajcar J. *Therapeutic thought process algorithm*. Ottawa, ON: National Association of Pharmacy Regulatory Authorities; 1995. Accessible à: www.napra.org/Content_Files/Files/algorithm.pdf. Accédé le 12 décembre 2012.
4. Carrière I, Fourrier-Reglat A, Dartiques JF, Rouaud O, Pasquier F, Ritchie K et collab. Drugs with anticholinergic properties, cognitive decline, and dementia in an elderly general population: the 3-city study. *Arch Intern Med* 2009;169(14):1317-24.
5. Lechevallier-Michel N, Molimard M, Dartiques JF, Fabrigoule C, Fourrier-Reglat A. Drugs with anticholinergic properties and cognitive performance in the elderly: results from the PAQUID study. *Br J Clin Pharmacol* 2005;59(2):143-51.
6. Fox C, Richardson K, Maidment ID, Savva GM, Matthews FE, Smithard D et collab. Anticholinergic medication use and cognitive impairment in the older population: the medical research council cognitive function and ageing study. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(8):1477-83. Cyberpub. du 24 juin 2011.
7. Moore AR, O'Keefe ST. Drug-induced cognitive impairment in the elderly. *Drugs Aging* 1999;15(1):15-28.
8. Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22(3):285-93.
9. Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy AM, Touchon J, Ritchie K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ* 2006;332(7539):455-9. Cyberpub. du 1^{er} février 2006.
10. Wu CS, Ting TT, Wang SC, Chang IS, Lin KM. Effect of benzodiazepine discontinuation on dementia risk. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19(2):151-9.
11. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Updated Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(4):616-31. Cyberpub. du 29 février 2012.
12. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000;162(2):225-33.
13. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62(10):1172-81.
14. Huang AR, Mallet L, Rochefort CM, Egualé T, Buckeridge DL, Tamblyn R. Medication-related falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. *Drugs Aging* 2012;29(5):359-76.
15. Donoghue D; Physiotherapy Research and Older People (PROP) group; Stokes EK. How much change is true change? The minimum detectable change of the Berg Balance Scale in elderly people. *J Rehabil Med* 2009;41(5):343-6.

Cet article fait partie d'une série produite dans le cadre d'une collaboration entre l'Hôpital de jour gériatrique Soins continus Bruyère, le *JAMC*, le *Médecin de famille canadien* et la *Revue des pharmaciens du Canada* pour aider les cliniciens dans la prévention et la prise en charge de la polypharmacie lorsqu'ils soignent des patients âgés dans leurs pratiques.
