



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



THÉRAPEUTIQUE

Les traitements symptomatiques de la maladie d'Alzheimer : analyse descriptive des modalités de prescription en EHPAD



Symptomatic treatment of Alzheimer's disease: Descriptive analysis of prescribing modalities in EHPAD residents

S. Maire^a, P.-O. Lang^{b,*}, G. Kaltenbach^a, T. Vogel^a

^a Pôle de gériatrie, hôpital de la Robertsau, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 67000 Strasbourg, France

^b Centre Nescens de médecine préventive, clinique de Genolier, route du Muids, CH-1272 Genolier, Suisse

^c Translational medicine research group, Cranfield Health, Cranfield University, Cranfield, Royaume-Uni

Disponible sur Internet le 29 octobre 2013

MOTS CLÉS

Inhibiteur de l'acétylcholinestérase ;
Mémantine ;
Donépézil ;
Rivastigmine ;
Galantamine ;
Maladie d'Alzheimer ;
Prescription inappropriée ;
Mésusage

Résumé Fin 2011, la Haute Autorité de santé a publié ses recommandations en matière d'utilisation des 3 inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHe—donépézil, rivastigmine et galantamine) et de la mémantine pour la prise en charge médicamenteuse de cette maladie. Dans cette étude, nous avons évalué le suivi de ces recommandations dans 5 établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPAD) de la région de Mulhouse (Alsace, France). Sur les 402 résidents identifiés, l'absence de troubles cognitifs dans le dossier médical est retrouvée dans 191 cas (47,5%). Parmi les 211 cas de démence (52,5%), un tiers était des maladies d'Alzheimer (MA ; 35,6%), 15,2% des démences mixtes ou plurifactorielles et 13,7% des démences vasculaires. Dans un tiers des cas (29,9%), le diagnostic n'était pas précisé. L'historique des prescriptions des 402 résidents a permis d'identifier 86 ordonnances contenant au moins un traitement spécifique de la MA (21,4%). Ce traitement était toujours prescrit le jour de l'enquête chez 65 d'entre eux (16,2%). Une prescription appropriée (mono-prise journalière, bonne dose et bonne indication en fonction du diagnostic et du stade) n'était observée que dans 55,9% des cas pour la mémantine et 52,3% des cas pour les IACHe. Vingt-neuf ordonnances (49,2%) étaient conformes aux recommandations de l'HAS. En ne prenant en considération que la dose journalière prescrite, alors 25 ordonnances (42,4%) étaient en adéquation avec les recommandations. En d'autres termes, près d'une ordonnance sur 2 (44,1%) relevait d'un mésusage. Les 21 arrêts de prescription concernaient pour 9 un IACHe, 8 la mémantine et les 4 autres étaient représentés par une bithérapie (IACHe et mémantine). Si dans 48,0% des cas la

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : polang@nescens.com (P.-O. Lang).

KEYWORDS

Acetylcholinesterase inhibitor;
 Memantine;
 Donepezil;
 Rivastigmine;
 Galantamine;
 Alzheimer's disease;
 Inappropriate prescribing;
 Misuse

cause était un stade trop avancé de la maladie, dans 19% des cas elle n'a pas été retrouvée.
 © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary At the end of 2011, the High Health Authority (HAS) had published its prescribing recommendations for three acetylcholinesterase inhibitors (IAChe—donepezil, rivastigmine and galantamine) and memantine for the therapeutic management of this condition. In this study, we have focused particularly on assessing the practical application of these recommendations in five EHPAD of the Mulhouse surrounding area (Alsace, France). Of the 402 residents identified, the absence of cognitive impairment in the medical record was found in 191 cases (47.5%). Among the 211 cases of dementia (52.5%), one third was AD (35.6%), 15.2% mixed or multifactor dementia and 13.7% of vascular origin. In one third of cases (29.9%) the diagnosis was not specified. The history of prescription of the 402 residents identified 86 prescriptions containing at least one specific treatment of AD (21.4%). This treatment was still prescribed on the day of the survey in 65 patients (16.2%). Appropriate prescription (mono-dose daily and right dosage in terms of diagnosis and stage) was observed in 55.9% of cases for memantine and 52.3% of cases for IAChe. Twenty-nine prescriptions were consistent (49.2%) with the recommendations of the HAS. By taking into account the prescribed daily dose then only 25 (42.4%) were in line with the recommendations. In other words, nearly one prescription out of 2 (44.1%) represented misuse. The 21 prescriptions stopped concerned IAChe for 9, memantine for 8 and the remaining 4 by combination therapies (IAChe and memantine). Although in 48.0% of cases the main reason was a too advanced stage of the disease, in 19.0% it was not found.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le vieillissement de la population française s'accompagne d'une augmentation de l'incidence des pathologies liées à l'âge et tout particulièrement la pathologie démentielle et la maladie d'Alzheimer (MA) [1].

En effet, on compte actuellement en France plus de 900 000 personnes atteintes de démences, avec une incidence de 220 000 nouveaux cas par an [2]. Près de 50% des femmes âgées de plus de 90 ans sont atteintes de démence. La MA et les maladies apparentées représentent la première cause non seulement de démence (70% des cas) mais également de dépendance lourde. Elle est ainsi le motif principal d'entrée en institution [3–5] et 75% des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) seraient déments [3].

Si actuellement ne sont disponibles que des traitements dits « symptomatiques », ces traitements ont montré des bénéfices chez certains patients dits « répondeurs » sans toutefois modifier le cours de la maladie [6–10]. Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAChe) et les antagonistes des récepteurs de N-méthyl-D-aspartate (NDMA) constituent les deux seules catégories de molécules disponibles actuellement. Le donépézil, la rivastigmine et la galantamine sont les trois IAChe et sont tous indiqués pour les formes légères ($10 < MMSE < 20$) et modérées ($10 < MMSE < 20$) de la MA; la rivastigmine étant également proposée dans la démence associée à la maladie de Parkinson. La mémantine, seule représentante des antagonistes des récepteurs NDMA, est indiquée dans les formes modérées ($10 < MMSE < 20$) et sévères ($MMSE \leq 10$). La Haute Autorité de santé (HAS), dans ces dernières recommandations publiées en 2011 [11], rappelle également, qu'en l'état actuel des connaissances scientifiques, il n'y a pas d'argument pour recommander une bithérapie associant les

deux classes thérapeutiques. D'une façon plus générale, si la primo-prescription est réservée aux spécialistes (neurologues, gériatres et psychiatre ou généralistes titulaires de la capacité de gériatrie), une fois le diagnostic cognitif posé, c'est le plus souvent le médecin généraliste qui renouvelle le traitement et qui effectue la demande de prise en charge à 100% [11]. La poursuite du traitement doit cependant être justifiée par la réévaluation régulière du rapport bénéfice-risque du traitement. Un médecin spécialiste doit revoir le patient à 6 mois. Si les objectifs attendus sont obtenus, sans effets indésirables invalidants, le traitement pourra être renouvelé une fois. La poursuite du traitement au-delà d'une année devra, selon l'HAS [11], faire l'objet d'une décision pluridisciplinaire (médecin traitant, gériatre, neurologue ou psychiatre, aidants) en accord avec le patient et son entourage. Cependant, l'arrêt ne doit pas reposer sur des seuls critères de score de MMSE, d'âge ou d'entrée en institution. Au-delà des bénéfices, ces traitements spécifiques sont aussi sources d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses potentiellement sévères chez des personnes âgées, souvent polypathologiques et déjà polymédiquées (Tableau 1) [12].

Il est ainsi important de bien connaître les principes de prescriptions de ces quatre molécules, afin de minimiser la survenue d'effets indésirables et d'optimiser le bénéfice pour le patient. Voilà pourquoi cette étude s'est penchée sur l'analyse des modalités de prescription des traitements spécifiques, chez des patients vivant en EHPAD, dans le cadre d'une évaluation des pratiques cliniques. L'objectif principal de ce travail était d'analyser l'adéquation de la prescription de ces molécules aux bénéfices souvent controversés [6–10] aux dernières recommandations formulées en 2011 par l'HAS [11].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3326176>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3326176>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)