

MÉMOIRE ORIGINAL

Surveillance cardiologique des patients traités par neuroleptiques : évaluation et évolution d'un protocole hospitalier

Cardiological monitoring of antipsychotic-treated patients: Evaluation and evolution of a hospital protocol

V. Frimas^{a,*}, C. Roberge^a, D. Perroux^b, J.-M. Dauvillier^c

^a Pharmacie, centre hospitalier spécialisé, 93, rue Caponière, 14012 Caen cedex, France

^b Service intersectoriel de médecine polyvalente, centre hospitalier spécialisé, 93, rue Caponière, 14012 Caen cedex, France

^c Secteur 14G04 et DIM, centre hospitalier spécialisé, 93, rue Caponière, 14012 Caen cedex, France

Reçu le 18 septembre 2006 ; accepté le 7 juin 2007

Disponible sur Internet le 26 décembre 2007

MOTS CLÉS

Neuroleptiques ;
Surveillance
cardiologique ;
Intervalle QT ;
Évaluation

Résumé À la suite des recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) en 2001 imposant un suivi strict des patients traités par neuroleptiques (NL), un protocole de surveillance a été mis en place à partir d'avril 2002 et évalué après deux ans de suivi. Ce protocole devait répondre à un triple objectif : mieux repérer les patients à risque ; assurer une surveillance en cours de traitement et être simple et adapté à la pratique. Il préconisait un bilan systématique à l'admission (S0) et un contrôle après un et six mois de traitement (S1 et S6). Les facteurs de risque (FDR) majeurs recherchés étaient espace QT long, bradycardie et hypokaliémie. La surveillance initiale a été réalisée pour 601 patients (17% de la file active des admissions pendant la période). Respectivement, 83 et 68 patients ont été contrôlés sous-traitement à S1 et S6. Ces délais de contrôle étaient inadaptés, en particulier par rapport à la durée moyenne d'hospitalisation. La présence d'un FDR majeur à S0 n'a pas systématiquement constitué une contre-indication aux NL. Le trop long délai de réalisation du premier électrocardiogramme (ECG) pouvait en partie expliquer que ce bilan initial ne permettait pas de dépister une contre-indication avant traitement. En revanche, les patients traités par NL et présentant au moins un FDR majeur à S0 étaient plus fréquemment surveillés à S1 que ceux qui n'en présentaient pas. L'évaluation d'un tel protocole est indispensable pour améliorer son intérêt et sa faisabilité. Si le caractère systématique est simple, il est d'application

* Auteur correspondant. CH Argentan, 47, rue Aristide-Briand, 61202 Argentan cedex, France.
Adresse e-mail : v.frimas@ch-argentan.fr (V. Frimas).

KEYWORDS

Antipsychotics;
Cardiological
monitoring;
QT interval;
Evaluation

difficile. La seconde version du protocole présentée ici prévoit de substituer le caractère systématique de l'ECG par la catégorisation à l'admission des patients dans des « groupes à risque », conditionnant la mise en place de la surveillance.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

Summary

Introduction. – Following the Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) (French Health Authority) recommendations in 2001, which impose the rigorous follow-up (electrocardiogram [ECG] and ionogram) of patients treated with antipsychotics (AP), a monitoring protocol was elaborated and set up in the Caen psychiatric hospital in April 2002. Protocol evaluation compared with fixed aims was performed after two years' follow-up.

Aim of the study. – This protocol had to answer a triple aim: better identification of patients at risk, ensure in-treatment monitoring, be simple and adapted to daily practice.

Inclusion criteria. – A systematic admission check-up (S0) which includes cardiological and biological controls and after one and six months' treatment control (S1 and S6) were recommended. The major risk factors (RF) researched were long QT interval, bradycardia and hypokaliemia.

Results. – The initial monitoring was conducted in 601 patients (that only corresponded to 17% of hospital admission active files during the considered period). Means delays before obtaining an ECG were three times those obtained existing biological check-ups (11 days versus three days after date of admission). Systematic and integrated characterisation controls on admission were not respected. We noted that two-third of patients admitted during this period were hospitalized for only five days, although the mean time to obtain an ECG is of 11 days. This delay (approximately one week) between ECG and biological check-up is not compatible with a complete patient RF evaluation.

Respectively, 83 and 68 patients were controlled under treatment at S1 and S6. Only half of the patients were controlled at the one-month (S1) and 16% at the six-months' theoretical dates (S6). These delays are inappropriate, notably with regard to the mean time of hospitalisation (15–17 days).

The incidence of major RF was higher in treated (71%) than in non-treated patients. Major RF presence at S0 was not systematically associated with an AP treatment contraindication. The excessive delay before the first ECG could partially explain why this initial check-up was not able to detect a pretreatment contraindication.

On the other hand, AP treated patients who presented at least one major RF at S0 were more frequently monitored at S1 than patients who did not (26% versus 13%, $p=0.05$).

Among the 168 patients treated with AP or other drugs prolonging the QT interval at risk, 33 had at least one follow-up. This risk population was not better controlled than the initial cohort.

Discussion. – Protocol evaluation is essential to improve its interest and feasibility. If systematic characterisation is simple, its application in practice is very difficult. The second version of the protocol presented here proposes to substitute the systematic ECG characterisation with the classification on admission of patients in "risk groups" that will condition the subsequent monitoring.

Risk groups are identified into two RF types: those which are not related to AP treatment and those which are therapeutic attitude is adapted according to initial *QT corrigé* (QTc), its progression between S0 and S (seven days) and kaliemia.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

Contexte

Les patients schizophrènes présentent une surmortalité d'origine cardiovasculaire de 33% par rapport à la population générale [8]. Cette surmortalité est liée en grande partie à l'existence de facteurs de risque (FDR) comme le tabagisme, la sédentarité, une mauvaise hygiène alimentaire... Cependant, des torsades de pointes (TdP) évoluant sur un allongement de l'espace QT, avec comme facteurs déclenchant ou favorisant, la prise de neuroleptiques (NL) pourrait être à l'origine des morts subites inexplicables. Une analyse rétrospective de 554 cas de morts subites survenues sur une période de six ans a montré que

la prise régulière d'antipsychotiques majorait de trois fois le risque de mort subite [11].

En octobre 2000, une enquête de pharmacovigilance démontrait que 12 NL¹ étaient susceptibles d'allonger l'espace QT et d'entraîner des TdP. L'association de médicaments pouvant induire des TdP étant par principe contre-indiquée, l'Agence française de sécurité sanitaire

¹ Chlorpromazine Largactil®, cyamémazine Tercian®, lévomépromazine Nozinan®, thioridazine Melleril®, trifluopérazine Terfluzine® – retirés du marché), amisulpride Solian®, sulpiride Dogmatil®, sultopride Barnétill®, tiapride Tiapridal®, dropéridol Droleptan®, halopéridol Haldol® et pimozide Orap®.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4182547>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4182547>

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