

Analyse et commentaire d'ordonnance de niveau 2 centrée sur l'usage de deux antiagrégants plaquettaires

La démarche

Comme dans l'analyse précédente.après avoir rempli une grille de données synthétiques de niveau 2 (qui est le travail préparatoire préalable indispensable) et en utilisant ces données et ces catégories je proposerai une explication probable du sens de l'ordonnance. Puis je procéderai au contrôle de la prescription préalable à toute dispensation(CSP¹).Après avoir inféré qu'il n'y avait aucune urgence à contacter le prescripteur, j'estimerai que mon rôle indirect étant terminé, je peux passer à l'étape suivante passe à l'étape suivante. Cet exemple me permettra d'aborder le rôle direct du pharmacien clinicien officinal, je veux dire, les techniques de la prise en charge de l'usage des médicaments du pharmacien vis-à-vis du malade.

L'ordonnance :

Atacand 16 mg cp ;séc. 1 comp. le matin Cardensiel 10mg cpé pelliculé : 1 comp. le matin Loxen LP 50 : 1 gélule matin et soir Atorvastatine 40mg cpé pelliculé :1 comp. le soir Kardégic 160 mg 1 sachet pendant le repas principal Clopidogrel 75mg cpé pelliculé : 1 comp. le midi	<i>Levemir 34 unités le matin et 8 unités le soir (Aiguilles, bandelettes)</i> Ordonnance pour un mois à renouveler 2 fois Datée, signée, nom du malade, manque son âge Médecin généraliste Année 2010 Malade : un homme inconnu
---	---

Présentation : conformités uffisante aux règles de la prescription.

Aucun historique ni autres données.

Analyse de l'ordonnance et du contexte patient.

Remplissage de la grille spécifique de niveau 2 ;(non publiée)

Rôle indirect :le contrôle de la prescription.

Situation du contexte thérapeutique.

¹ Code de la Santé Publique

A partir de mes déductions d'après les données de la grille, j'identifie le schéma dit Basic, qui représente le traitement conventionnel post SCA (⊕syndrome coronaire aigu)

:Bétabloquant à posologie cible + antiagrégants (1 ou 2) + Statine (à posologie curative importante) et IEC ou ARA II

Bisoprolol 10mg +(aspirine 160mg+clopidogrel 75mg)+ atorvastatine 40mg+candésartan 160mg.

La baisse de la fréquence cardiaque diminue la consommation d'oxygène nécessaire aux besoins du myocarde. Les antiagrégants limitent la possibilité de constitution d'une hémostase primaire (clou plaquettaire) ; la statine prévient l'aggravation voire favorise la régression de la plaque athéromateuse et a un effet sur la diminution de la mortalité même en l'absence de LDL élevé ; le sartan en cas d'intolérance aux IEC s'oppose au remodelage du ventricule gauche et améliore le débit cardiaque. Si ces médicaments sont utilisés à la dose cible qui est parfois impossible à atteindre (intolérance du malade) , cette association réduit la morbidité et la mortalité post IDM.

Cette compréhension est compatible avec l'association des deux AAG puisque l' AMM stipule l'usage après angioplastie suite à un IDM ; cette association est synergique puisque la voie du TXA2 (kardégic dosé à 160mg, qui est une dose moyenne /forte)ainsi que la voie de l'ADP(clopidogrel) sont bridées et en conséquence l'activation plaquettaire, deuxième étape de l'hémostase primaire qui en comporte trois:adhésion, activation et agrégation. Cette efficacité se paie par un risque plus élevé d'hémorragies. La durée de l'association dépend du type de stent, minéral ou pharmacoactif ; dans ce cas le traitement étant prescrit pour 3 mois cela ne permet pas vraiment de trancher.

Médicament extérieur au schéma : la nicardipine. Son indication est l'hypertension , elle peut même être délicate à utiliser en cas de troubles du rythme résiduel ou de risque d'insuffisance cardiaque ;il faut supposer que le prescripteur recherche une baisse nette de la tension artérielle, sans doute au niveau 13/8 recommandée pour les diabétiques .L'hypertension est un facteur de risque vers l'évolution vers l'insuffisance cardiaque et la détérioration des vaisseaux artériels.

Inférences du terrain diabétique à risque de coronaropathies multiplié par un facteur 3.

Car ce contexte à risques biaise évidemment l'usage de ce schéma basique et général. Je ne traiterai pas spécifiquement du traitement de ce diabète de type 2 devenu isulinoécessitant , ce qui signifie un certain degré de gravité et d'ancienneté de sa pathologie. Cela induit que la *maîtrise de l'hypertension est indispensable* car une hypertension peut causer une dégradation de l'endothélium vasculaire, un remodelage du ventricule gauche responsable à terme d'insuffisance cardiaque. Le deuxième risque non moins majeur est le celui d'une dégradation de la fonction rénale, qui est la complication redoutée du diabète.

Est ce à dire que cette association bien dosée d'antihypertenseurs soit anodine ?' soit le candésartan à posologie moyenne (valeur cible 32mg/J) , bisoprolol à posologie cible (10 mg/J)et nicardipine100mg).Les risques d'hypotension et d'hypotension orthostatique sont sous jacents, surtout en cas d'aléas.En particulier la présence de l'association du bisoprolol et de la nicardipine expose la malade à des hypotensions non compensées par l'augmentation de la fréquence cardiaque et bien que la nicardipine ne soit pas inotrope moins son appartenance de classe (DHP) rend son usage délicat en cas d'apparition d'une insuffisance cardiaque de niveau II.les inhibiteurs calciques sont les premiers à être supprimés en cas de nécessité. Le candésartan est intéressant chez le diabétique car il épargne le rein, il maintient un flux sanguin rénal et un taux de filtration glomérulaire qui limite la vitesse de dégradation de la fonction rénale en épargnant la protéinurie.Par contre il peut augmenter la créatinémie (et la kaliémie), cette mesure doit donc être régulièrement contrôlée.

y-a-t-il une insuffisance cardiaque du ventricule gauche résiduelle ? Je remarque l'absence de diurétiques ce qui semble indiquer que ce malade ne présente pas de rétention hydrosodée généralement associée à une insuffisance cardiaque résiduelle de niveau II et plus. Peut être cette prescription est-elle intermittente si la rétention est symptomatique ? et est évitée en l'absence de nécessité et pour épargner le terrain diabétique.

Une autre conséquence est la possibilité d'une prescription plus longue des deux antiagrégants.en effet le risque d'agrégation plaquettaire est plus élevé chez le diabétique .les posologies doivent tenir compte d'un turn over et d'une activité plaquettaire plus élevée. Notons que si l'aspirine est reconnue comme médicament de référence pour les troubles vasculaires coronariens, le clopidogrel est doté d'une activité protectrice pour les risques vasculaires liés à l'AOMI.(autre complication du diabète).

En résumé ce malade est traité probablement pour un post SCA aggravé par un diabète insulino-nécessitant.dans ce contexte tous les facteurs de risque doivent être pris en compte, en particulier l'hypertension (qui est délétère) et les risques d'agrégation plaquettaire. Le traitement préventif et curatif semble garantir un usage satisfaisant des médicaments et je ne vois aucun motif de demander des explications au médecin.

Le suivi esdt très important et doit être planifié par le prescripteur.

La fonction essentielle du suivi est de prévenir toute décompensation et d'assurer la sécurité d'un tel traitement.

.Les risques inhérents à ce type de traitement nécessite un suivi régulier d'un certain nombre de paramètres tels que :

La fréquence cardiaque et la tension artérielle ; vigilance sur d'éventuels symptômes suggérant une insuffisance cardiaque .échodopler éventuel.

La kaliémie et la créatinémie la fonction rénale

La tolérance digestive de l'aspirine

Le contrôle des éventuels évènements hémorragiques

Suivi clinique de la statine (myalgies, suivi d'un dosage des CPK, effet indésirable dose/dépendant ; envisager une baisse de la posologie le cas échéant) ; bilan hépatique avant et pendant le traitement (transaminases)

Ce suivi doit être renforcé en cas d'évènements intercurrents tels qu'une infection, ou des pertes d'eau par les selles ou les vomissements, et de tout autre évènement tel que vertige, céphalées, malaises....

Rôle direct :le plan de prise et les recommandations d'usage.

Ce rôle est dit direct car il s'effectue sans avoir recours au prescripteur qui devrait être cependant informé de son contenu.

Cette prise en charge est essentielle car une observance régulière est un facteur décisif dans pour l'amélioration des conditions de vie et la durée de la survie.Elle comporte deux phases :la proposition d'un plan de prise et l'information concernant la vigilance des effets indésirables ainsi que le contrôle des objectifs fournis par le médecin.

1) Le plan de prise.

Je dois m'assurer en priorité que le malade sait à quoi servent ces médicaments, comment ils agissent pour obtenir son adhésion à un plan de prise qui va lui demander un effort de suivi.

Son établissement est facilité par la confection d'une grille de données utiles.

<i>Médicament</i>	<i>Forme galénique</i>	<i>Influence du repas sur absorption</i>	<i>Modalités prise selon AMM</i>	<i>Modalités de prise prescrites</i>	<i>En cas de doublage (notice)</i>	<i>Durée de l'effet avec une prise</i>	<i>Recommandation</i>
Cardensiel 10 mg	Comp. pell. Forme cœur orange pâle	Repas indifférent	Une prise /J le matin	1 le matin	Prévenir le médecin	24h	En cas d'hypotension symptomatique ou orthostatique, il est possible de prendre le
Atacand 40 mg	Comp. sécables rose	Repas indifférent	Une prise /J le matin	1 le matin	Prévenir le médecin	24h	
Loxen 50 LP	Gélules rose et verte contenant	Repas indifférent, mais	Deux prises par jour ,une la matin et	1 le matin et 1 le soir	Prévenir le médecin	12h	

Médicament	Forme galénique	Influence du repas sur absorption	Modalités prise selon AMM	Modalités de prise prescrites	En cas de doublage (notice)	Durée de l'effet avec une prise	Recommandation
	microgranules en partie à lib.immé. et à lib.lente	retarde vidange gastrique	une le soir avant le repas (à cause de la forme LP)				candésartan le soir , tjrs en début de repas
Tahor 40 mg	Comp. pell. Blancs ronds avec ATV gravé sur une face et 40 sur l'autre	Repas indifférent	Une prise heure non notifiée	1 le soir	Prévenir le médecin ?	24h	En cas d'intolérance digestive avaler au milieu du repas du soir
Kardégic 160 mg	Poudre blanche en sachet à dissoudre dans un demi verre d'eau	Indifférent	Une prise / jour au milieu repas principal	1 le midi	Prévenir le médecin ?	5 à 7 jrs	Bien respecter le milieu de repas à cause de l'irritation gastrique
Plavix 75 mg	Comp. ronds, biconvexes, rose .	Indifférent	Une prise /J	1 le midi	Prévenir le médecin ?	5 à 7 jrs	

Inférences

Risque de confusion très faible à cause de la nette différenciation des formes.

Une forme LP voire taille de la gélule si le malade a des difficultés à avaler Particularité de la forme LP : *prise avant le repas (ou au tout début) pour garantir le délitement de la gélule en milieu intestinal sans séjourner longtemps avec le bol gastrique ;c'est le meilleur moyen de garantir les mécanismes de la libération prolongée*

Régularité du minutage ;toujours à la même heure Pour favoriser l'observance

Les modalités de prise indiquées par le medecin semblent correctes sauf problèmes

En cas d'oubli appliquer la règle des 12 h pour tous sauf le Loxen (6 heures)

Discuter de ce plan avec le malade en fonction de son mode de vie.ne pas oublier que le meilleur plan de prise est celui qui est accepté par le patient car il garantit la régularité de l'observance.Une fois l'adhésion obtenue le minutage doit être respecté.

2) Recommandations :spécifiques

J'attire l'attention du malade sur l'importance essentielle pour sa sécurité de la prise des deux AAG de façon rigoureuse .Ce sont deux médicaments majeurs dans la prévention et le soin. Informer le malade de la survenue possible de certains effets indésirables liés aux deux AAG.et de la façon de les gérer. Dans tous ces cas il doit en parler au médecin et ne pas arrêter son traitement. Il existe un risque réel même s'il est faible que le malade en cas d'arrêt présente une thrombose rapidement (en quelques jours). Le principal effet indésirable lié au cumul d'antiagrégants est une augmentation du risque hémorragique. Celui-ci peut se manifester de différentes façons :par exemple lors de la piqure de lecture de glycémie ou d'injection d'insuline ;le malade peut constater que le sang est plus long à coaguler. Il peut montrer des hématomes pour des chocs plus faibles, ou pis des épistaxis surtout plus difficilement à arrêter.. L'autre effet est digestif ;il y a un risque d'irritation gastrique avec l'aspirine, surtout en cas de terrain ayant déjà eu ce genre de problèmes. Il faut en parler au médecin car il est possible de prescrire un IPP pour assurer la sécurité du kardégic est important, en faisant attention de ne pas choisir l'oméprazole qui interagit avec le clopidogrel,(préférer le lanzoprazole ou l'ésoméprazole) . Il se peut que le malade ressente des troubles du transit liés au clopidogrel, ou des prurits qui normalement s'estompent. Pour bien fixer sa mémoire, je lui propose de consulter les notices des deux AAG et de m'assurer qu'il comprend les infos et qu'il sait retrouver celles dont il aurait éventuellement besoin le cas échéant.

Prévention des risques liés au cumul des 3 anti hypertenseurs.

Je l'engage à signaler des symptômes qui pourraient évoquer ceux d'une hypotension, orthostatique ou non. Je lui explique qu'il prend trois médicaments pour ramener sa tension à une mesure (sans doute 13/8) efficace, mais que cette addition pourrait provoquer certains troubles. Si cela était le cas, il y aurait moyen d'améliorer la tolérance et qu'il ne doit donc pas hésiter à en parler (vertiges, étourdissements, faiblesses etc..). je lui montre dans les notices les passages qui évoquent ces troubles..Je l'avertis de la « normalité » de certains troubles liés à l'usage de la nicardipine tels que gonflement des chevilles, céphalées, flush, ces deux derniers effets sont limités par la forme LP. Il doit donc apprendre à contrôler lui-même sa tension artérielle ainsi que sa fréquence cardiaque (à cause du bisoprolol). Pour cela le médecin doit lui communiquer les chiffres tensionnels cible ainsi que ceux de la F.C. recommandés.

Enfin je l'informe qu'il ne doit prendre aucun médicament hors prescription ou conseil autorisé à cause des interactions médicamenteuses ;celles-ci sont nombreuses avec l'atorvastatine.

Conclusion : propositions sur le rôle du pharmacien clinicien à l'officine.

Le pharmacien peut s'insérer dans le parcours de santé de ce malade atteint de pathologies chroniques et complexes. Il peut proposer une éducation thérapeutique centrée sur le bon

usage des médicaments et adaptée à l'exercice libéral dans certaines conditions : d'abord la collaboration avec le médecin, coordinateur, est indispensable :pas question d'intervenir sans protocole convenu . Ensuite à un malade qui est éligible à l'éducation thérapeutique officinale et qui le souhaite.

Si les conditions requises sont atteintes, le pharmacien pourrait en plus prendre en charge le suivi mensuel de ce malade dans l'intervalle du suivi trimestriel proposé dans la prescription. Ce suivi concernerait l'usage et les aléas liés aux médicaments : suivi biologiques, symptômes évocateurs d'intolérance, ou de décompensation, correction des éventuelles erreurs de prise.. Dans ce cas cela semblerait souhaitable compte tenu de la complexité du suivi et des risques de décompensation. Ce service devrait être rémunéré mais moins qu'une consultation médicale car la responsabilisé serait moindre. Ce suivi pourrait être coordonné avec celui de l'infirmière. Les avantages pour l'assurance maladie sont moins d'hospitalisation et une économie, une amélioration du confort du malade et une meilleure garantie d'observance. Il va de soi que de tels services supposent une réorganisation du travail dans les officines et une division rigoureuse des tâches en fonction des capacités et de la formation. Autant dire que un tel projet demandera beaucoup de temps pour être mis en place.