



PERTINENCE DES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS (IPP) AGIR ENSEMBLE

Mary-Christine LANOUE, Responsable OMEDIT Centre Val de Loire

Marion COTTA, Pharmacien CH de Cognac

Alexandre CHOURBAGI, OMEDIT Nouvelle-Aquitaine-Guadeloupe

Modérateur : Guy ESPOSITO, Pharmacien inspecteur ARS Nouvelle-Aquitaine



IPP

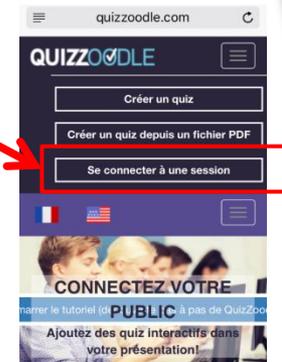
[LIEN QUIZ IPP](#)

A vous de jouer ...!



Pour répondre aux questions de ce quiz :

- Connectez-vous sur **quizzoodle.com**
- Cliquez sur « **Se connecter à une session** »
- Rentrez le **code de session**
(ex : 48548512)
- Rentrez un **pseudonyme**
(*indispensable pour identifier les gagnants !*) et entrez !



1 Question n° 1

Tous les IPP sont indiqués dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et de l'œsophagite.

A. VRAI

B. FAUX

1 Question n° 1

Tous les IPP sont indiqués dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et de l'œsophagite.

A. VRAI

B. FAUX

Les autres principales indications AMM des IPP sont :

- **Prévention et traitement des lésions dues aux AINS chez les patients à risque** (> 65 ans, antécédents d'ulcère, AAG, anticoagulant et/ou corticoïdes)
- **Syndrome de Zollinger-Ellison**
- **Eradication d'Helicobacter pylori**

Fiche mémo Réévaluation de la prise d'IPP chez la personne âgée

➤ **Intégration d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée**

- ☐ fracture ostéoporotique
- ☐ infections pulmonaires et digestives
- ☐ hyponatrémie
- ☐ hypomagnésémie (convulsion, arythmie)
- ☐ carence en vitamine B12
- ☐ néphrite interstitielle

➔ IPP au long cours chez les sujets > 85 ans : sur risque de démente et d'insuffisance rénale

➤ **Réévaluation**

➔ Réévaluation sur preuve endoscopique avec recherche d'Helicobacter pylori de l'indication d'un traitement au long cours de la prévention des récurrences d'œsophagite ou d'ulcère gastroduodénal (5)

- ☑ Effectuer une fenêtre thérapeutique accompagnée de règles hygiéno-diététiques
- ☐ Eviter alcool, café, thé, aliments épicés ou acides, boisson gazeuse
- ☐ Repas et boisson chaude avant le coucher recommandés
- ☐ Arrêter le tabac
- ☐ Diminuer une surcharge pondérale
- ☐ Port de vêtement non serré à la taille
- ☐ Eviter de s'allonger immédiatement après les repas
- ☑ Gérer les symptômes occasionnels avec un antacide, alginate
- ☑ Arrêt progressif d'un traitement par IPP de plus de 8 semaines (risque de rebond) (1)

➤ **Indications**

Indications AMM	Situations HORS AMM non justifiées
<p>RGO et œsophagite par reflux</p> <p>Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risque (> 65 ans ou antécédent d'ulcère gastroduodénal ou traitement par anticoagulant, AAP ou corticoïde)</p> <p>Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS</p> <p>Ulcère gastrique et duodénal avec ou sans infection à Helicobacter pylori.</p> <p>Éradication Helicobacter pylori en association avec une antibiothérapie dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale</p> <p>Syndrome de Zollinger-Ellison</p> <p>Prévention des récurrences d'œsophagite par RGO</p> <p>Uniquement pour l'oméprazole, prévention des récurrences d'ulcère duodénal sans infection par Helicobacter pylori ou prise d'AINS</p>	<p>Dyspepsie en l'absence de RGO prolongé ou fréquent (Dyspepsie fonctionnelle)</p> <p>Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez des patients non à risque (< 65 ans + sans anticoagulant ou AAP ou corticoïde) en l'absence d'infection à Helicobacter pylori.</p> <p>Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients non à risque sous AAP dont aspirine à faible dose en l'absence d'infection à Helicobacter pylori.</p> <p>Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients non à risque sous corticoïdes en l'absence d'infection à Helicobacter pylori.</p> <p>IPP pour les douleurs thoraciques non documentée ou pour l'asthme ou une toux ou symptômes ORL (tests thérapeutiques)</p>

ATTENTION!

➤ **Interactions médicamenteuses** (source thésaurus ANSM 2019)

concentration	concentration
<ul style="list-style-type: none"> • Méthotrexate • Tacrolimus • Digoxine • Phénytoïne • Citalopram, imipramine, clomipramine • Antivitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> • Clopidogrel • Mycophénolate mofétil • Atazanavir, nelfinavir, rilpivirine (contre-indication) • Antifongiques azolés • Inhibiteur des tyrosines kinases sauf imatinib et vandetanib

➤ **Surveillance d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée**

➔ Dosage vitamine B12, natrémie, magnésémie, fonctions rénale et cognitive, surveillance fracture, pneumopathie, colonisation à C. difficile

2 Question n° 2

Concernant *Helicobacter pylori*, quel traitement probabiliste de 1^{ère} ligne est indiqué pour son éradication ?

- A. PYLERA® (bismuth, tétracycline, métronidazole) + oméprazole, pendant 14 jours
- B. PYLERA® + oméprazole, pendant 10 jours
- C. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 7 jours
- D. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 21 jours

2 Question n° 2

Concernant *Helicobacter pylori*, quel traitement probabiliste de 1^{ère} ligne est indiqué pour son éradication ?

A. PYLERA® (bismuth, tétracycline, métronidazole) + oméprazole, pendant 14 jours

B. PYLERA® + oméprazole, pendant 10 jours

C. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 7 jours

D. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 21 jours

2 Question n° 2

Traitement probabiliste recommandé :

- Quadrithérapie « concomitante » = IPP, amoxicilline, clarithromycine et métronidazole, 14 jours
- Quadrithérapie « avec bismuth » = oméprazole, sel de bismuth, tétracycline et métronidazole (PYLERA®), 10 jours
(HAS 2017)

3 Question n° 3

En 2015, $\frac{1}{4}$ de la population française a consommé des IPP.

A. VRAI

B. FAUX

3 Question n° 3

En 2015, $\frac{1}{4}$ de la population française a consommé des IPP.

A. VRAI

B. FAUX

Cela représentait près de **16 millions de patients** en 2015.

A noter que 10% des patients de plus de 65 ans traités par IPP ont eu **un traitement au long cours (> 6 mois)**

(ANSM 2017)

4 Question n° 4

Parmi les effets indésirables (EI) suivants, lesquels sont attribuables aux IPP pris au long cours ?

- A. Infections digestives à *Clostridium*
- B. Pneumonies
- C. Fractures osseuses
- D. Hyponatrémie, troubles cognitifs
- E. Tous les EI suscités

4 Question n° 4

Parmi les effets indésirables (EI) suivants, lesquels sont attribuables aux IPP pris au long cours ?

- A. Infections digestives à *Clostridium*
- B. Pneumonies
- C. Fractures osseuses
- D. Hyponatrémie, troubles cognitifs

E. Tous les EI suscités

Le bénéfice-risque de tout traitement par IPP doit être considéré à l'introduction et être évalué régulièrement au cours du suivi.

5 Question n° 5

Les prescriptions dans l'indication « Prévention des lésions dues aux AINS » sont justifiées dans 80% des cas.

A. VRAI

B. FAUX

5 Question n° 5

Les prescriptions dans l'indication « Prévention des lésions dues aux AINS » sont justifiées dans 80% des cas.

A. VRAI

B. FAUX

5 Question n° 5

En 2015, plus de la moitié des utilisateurs incidents d'âge adulte initiaient un IPP en prévention ou traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS.

→ **Dans 80% des cas, aucun facteur de risque justifiant l'utilisation systématique d'un IPP en association avec un AINS**

(âge supérieur à 65 ans, ou traitement concomitant par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde à usage systémique)

(ANSM 2017)

6 Question n° 6

Pour 1 prescription sur 3, l'indication n'est pas clairement définie.

A. VRAI

B. FAUX

6 Question n° 6

Pour 1 prescription sur 3, l'indication n'est pas clairement définie.

A. VRAI : Lorsque l'indication n'est pas claire, les risques d'EI peuvent surpasser les bénéfices potentiels = PERTINENCE

B. FAUX



**IPP indiqué et
correctement prescrit**

= bénéfice > risques



**Prescription
inappropriée**

**= absence de bénéfice +
risque de survenue d'EI
INDICATION A LA
DEPRESCRIPTION**

7 Question n° 7

Pour déprescrire un traitement par IPP non pertinent, il est recommandé de diminuer progressivement les doses.

A. VRAI

B. FAUX

7 Question n° 7

Pour déprescrire un traitement par IPP non pertinent, il est recommandé de diminuer progressivement les doses.

A. VRAI

B. FAUX

Aucune donnée n'indique qu'une approche de réduction des doses est supérieure à une autre (arrêt brutal).

→ Le médecin choisit la stratégie la plus adaptée en lien avec le patient.

QUIZ IPP



Récupérer vos lots !

6.2

PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS D'INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

AGIR ENSEMBLE EN RÉGION CENTRE VAL DE LOIRE



Mary-Christine LANOUE - coordonnateur OMÉDIT CVdL

Bon usage des produits de santé enjeux de pertinence?

En 2012: 1^{er} référentiel régional des médicaments adaptés à la personne âgée

Politique régionale: améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées notamment en EHPAD

Objectif: étude des pratiques de prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée vivant en EHPAD en région Centre Val-de-Loire à travers les données de consommations médicamenteuses de 21 établissements (6,6% des établissements de la région = 19,6% des capacités d'hébergement (en 2014))

Prescription médicamenteuse
chez la personne âgée



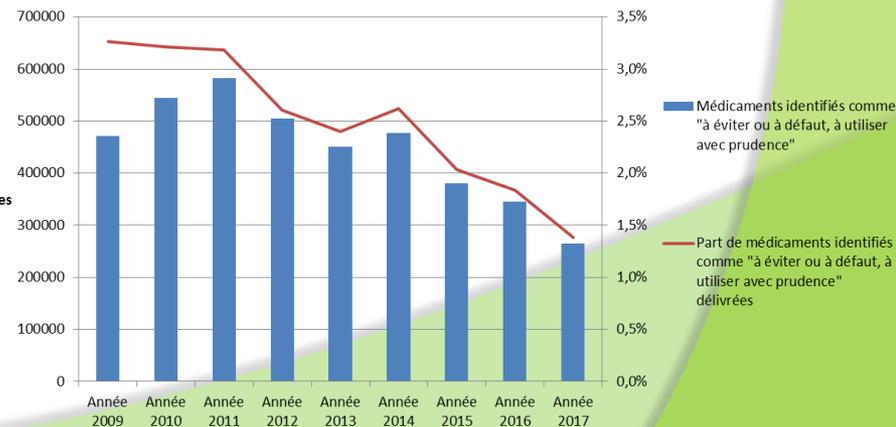
Liste des médicaments proposés
par la Commission Gériatrie
de la région Centre - Val de Loire

Version février 2016



Nombre d'UCD délivrées

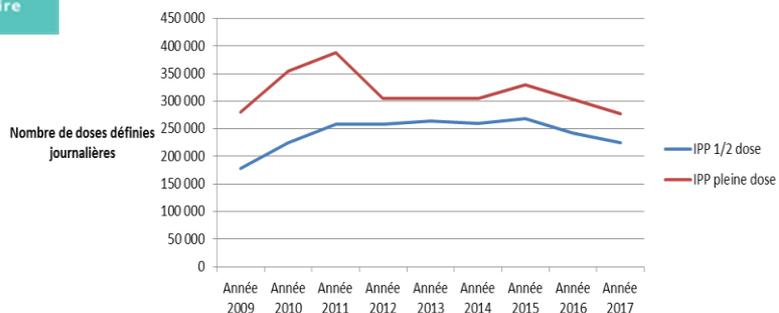
Evolution de la consommation de médicaments identifiés comme "à éviter ou à défaut, à utiliser avec prudence" depuis la création du livret thérapeutique gériatrique, 2009-2017, CVL



Constat - Actions 2016-2017

Action de sensibilisation (2016)

Evolution des consommations d'IPP en DDJ (toute DCI confondue) selon le dosage, 2009-2017, CVL



Repérage atypiques régionales dans le cadre de l'IRAPS

- Taux de recours = 15% des patients CVdL/13,6% France
- Dépenses moyenne en IPP/habitant CVdL de +8% /moyenne France (source Base de données Médic'AM 2016 (soins de ville))

EPP régionale (595 patients (18 étés)+ 492 résidents (10 EHPAD))

- **IPP non indiqués** pour (indication inconnue ou non recommandée) :
 - 72 % de ces patients (396 prescriptions)
 - 66 % de ces résidents (240 prescriptions)
- **Prescription d'IPP au long cours pour 64 % des résidents**



Reconnaître l'existence du « problème IPP »

Actions 2017

Décision régionale ARS - Assurance Maladie- URPS



RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

Objectif opérationnel n°24 du PRS2

Réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments, à commencer par une baisse de la consommation d'IPP d'au moins de 10 % dans les 5 prochaines années, prioritairement dans les territoires en sur-recours, pour, a minima, revenir à la moyenne nationale.

Convaincre soignants et patients sur tout le parcours

- Réalisation KIT IPP
- Engagement CAQES
- Accompagnement
 - à la déprescription
 - à ses risques



LES IPP, CE N'EST PAS POUR L'ÉTERNITÉ



The collage includes several documents and tools related to IPP (Inappropriate Prescription):

- Le KIT IPP**: 4 outils téléchargeables à votre disposition pour améliorer vos prescriptions...
- La Fiche Bonne Pratique et Bon Usage**: A document providing guidelines for the use of IPP.
- Les flyers patients**: Patient education materials.
- Le diagramme des effets indésirables**: A diagram showing the relationship between IPP and adverse effects.
- Les grilles adaptées à votre établissement**: Tools for evaluating professional practices.
- LES IPP, CE N'EST PAS POUR L'ÉTERNITÉ**: A document highlighting the goal of reducing IPP.

Mettre en oeuvre

▶ RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

Inscription dans le volet socle CAQES (tous états)

L'établissement s'engage à

↳ L'amélioration des pratiques de **prescription destinées aux personnes âgées portant notamment sur la réévaluation des prescriptions**

- des neuroleptiques chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée
- des psychotropes et des médicaments ayant un effet anticholinergique
- des médicaments cardio-vasculaires (anticoagulants et diurétiques)
- des médicaments à risques notamment en fonction de la clairance rénale ou identifiés comme potentiellement inappropriés chez la personne âgée
- **des inhibiteurs de la pompe à protons dans le cadre de prescriptions au long cours**
- des médicaments risquant d'entraîner des chutes
- des audits périodiques des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé sont réalisés

Actions 2018

Inscription dans le volet socle CAQES (tous états)

↳ **EPP réalisée en 2018 dans 15 états supplémentaires**

Total : 33 états sanitaires

2017

- CH Simone Veil de Blois
- CH Romorantin Lanthenay
- CH de la Tour Blanche à Issoudun
- CH La Chatre
- CH Dreux
- CHR Orléans
- CH Chartres
- CH Saint Aignan
- CHRU de Tours
- CH St Amand Montrond
- CH Sainte Maure de Touraine
- CDGI36 - Châteauroux
- CH Montargis
- CH Selles sur Cher
- SSR MGEN La Ménaudière
- Clinique Psychiatrique de la Borde – Cour Cheverny
- CH Lour Picou de Beaugency

2018

- CH Vendôme
- CH Nogent le Rotrou
- CH La Loupe
- CH Montrichard
- CH Sully/Loire
- CH Vierzon
- Clinique J Arc Chinon
- Clinique Archette
- PSLV
- Polyclinique de Blois
- SSR Therae
- SSR Bel Air
- SSR La Cigogne
- SSR Le Coteau

Bon usage des IPP : enjeux de pertinence?

Mise en œuvre



RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT
LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

- **Evaluation par la DRSM** de la pertinence du renouvellement de cette prescription pour tous les patients >65 ans, traités depuis plus de 6 mois,
 - sans AINS
 - sans Aspirine faible dose
 - sans clopidogrel
 - sans AVK ni AOD
 - sans corticoïdes
 - sans endoscopie digestive dans les 2 ans
=25,5% des patients sous IPP > 6mois
- Ciblage des prescripteurs avec **plus de 60 patients** pour incitation à la réévaluation et à la déprescription des IPP au long cours chez les patients concernés lors **d'échange confraternel**
- Ciblage des officines dispensatrices lors des **échanges /bilan médication** pour sensibiliser le prescripteur à cette réévaluation du maintien de l'IPP
- Remise des outils et vecteurs de diffusion OMEDIT Assurance maladie
- **Mobilisation des groupes qualité et URPS**

Bon usage des produits de santé : enjeux de pertinence?

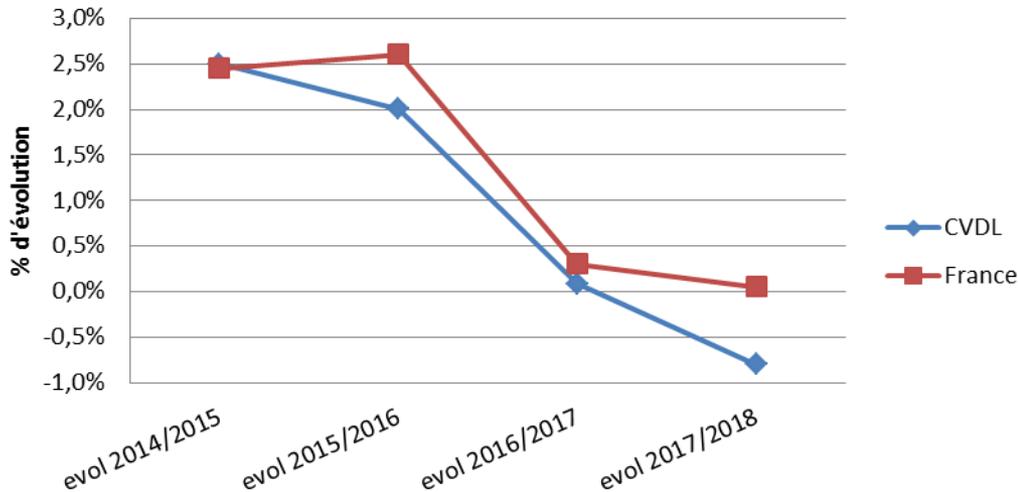


▶ RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

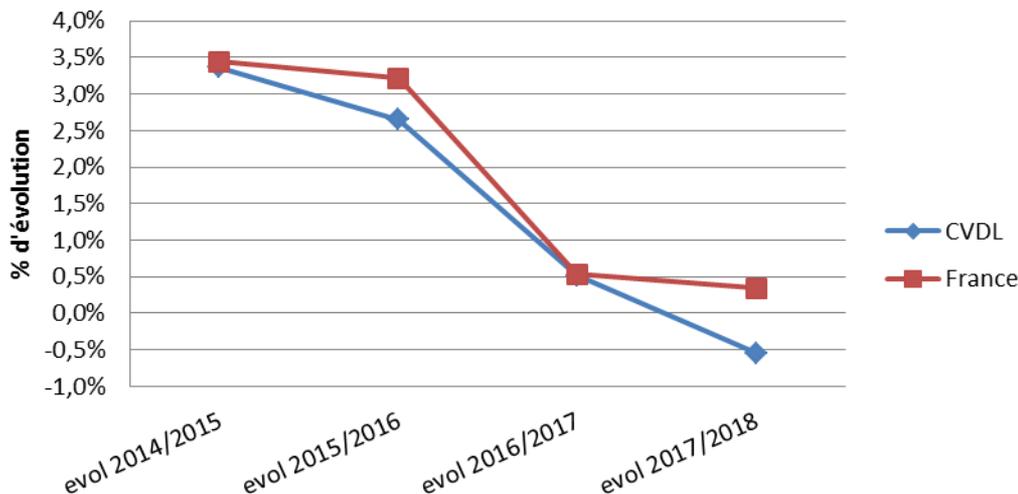
Mise en œuvre

- Action **SSP 2018 « Mon IPP ? à bon escient »**
- 2019 : **Evaluation des modalités de dé prescription** (brutale ou progressive) sur un site pilote (41 résidents)
 - 33% des résidents sous IPP
 - Pas de différence significative dans EI entre arrêt brutal ou progressif
 - **84% d'arrêt définitif à 12 semaines et dose faible maintenue pour les résidents en réduction de dose sans arrêt de traitement**

Evolution 2014-2018 nombre de consommateurs d'IPP - France - Région CVdL *Source Open DATA AM*



Evolution 2014-2018 nombre de boîtes d'IPP - France - Région CVdL *Source Open DATA AM*



Données issues de l'open data de l'Assurance Maladie, partie 'OPEN MEDIC' portant sur l'ensemble des médicaments délivrés en officine de ville.

<http://open-data-assurance-maladie.ameli.fr/medicaments/index.php>

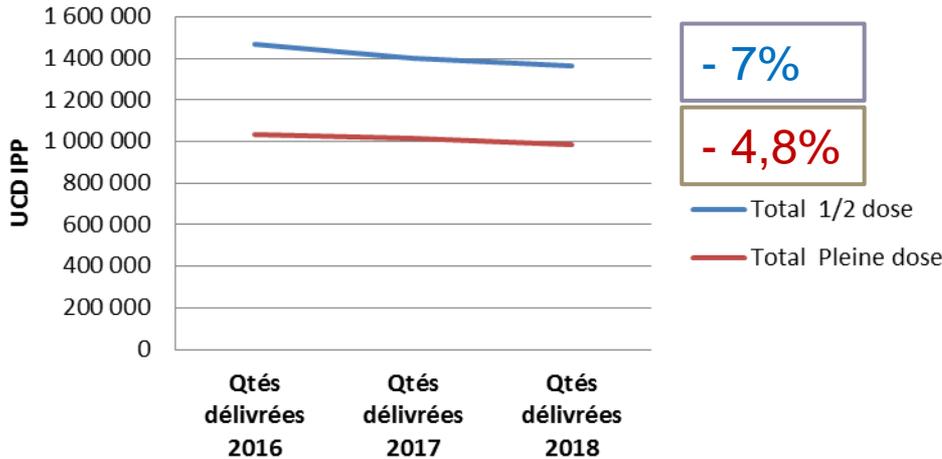
Données inter-régimes.

classe "ATC4" :
"INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS".

DRSM Centre // MASI //
Mai 2019

Mesure d'impact 2015-2018

UCD IPP tous services - collecte ATIH - 2016/2018- étés MCO Région CVdL

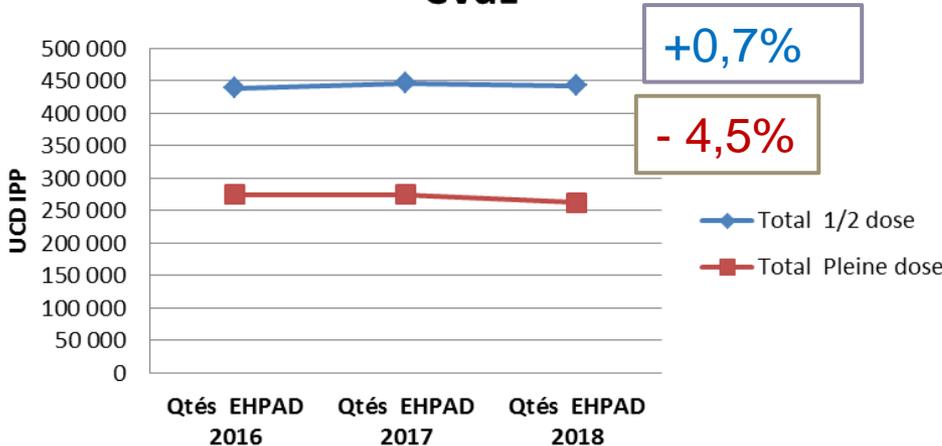


Entre 2016 et 2018

Diminution de - 6,1% des UCD d'IPP dans les étés MCO région CVdL

Diminution de -1,3% dans les EHPAD rattachés à une PUI portant surtout sur pleine dose

UCD IPP secteurs EHPAD - collecte ATIH - 2016/2018 - rattachés étés MCO région CVdL



UCD IPP	Evolution 2017/2016 Tout établissement	Evolution 2017/2016 Services EHPAD	Evolution 2018/2017 Tout établissement	Evolution 2018/2017 Services EHPAD
Total 1/2 dose	-4,6%	1,6%	-2,6%	-0,9%
Total Pleine dose	-2,0%	-0,2%	-2,9%	-4,3%
Total général	-3,5%	0,9%	-2,7%	-2,2%

Mise en œuvre



▶ RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

- Congrès JFHOD 2019
- Présentation journée régionale OMÉDIT 03/10/2019
- Poursuite échanges confraternels
- **EPP obligatoire évaluation CAQES année 2019**
- Poursuite suivi mesures d'impact

CO.60

Surprescription d'IPP en milieu gériatrique

B. Anon ⁽¹⁾, M.C. Lanoue ⁽¹⁾, A. Aubourg ⁽¹⁾, L. d'Alteroche ⁽¹⁾, J.P. Barblieux ⁽¹⁾, M. Caulet ⁽¹⁾, T. Lecomte ⁽¹⁾, C. Nicolas ⁽¹⁾, L. Picon ⁽¹⁾, D. Regnault ⁽²⁾, D. Moussata ⁽¹⁾, H. de Bouët du Portal ⁽¹⁾

(1) Tours ; (2) Villejuif.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons ont révolutionné le monde de la gastro-entérologie notamment dans la prise en charge de l'ulcère gastro-duodéal. De nombreuses données sont désormais disponibles sur les risques de la prise de ces médicaments au long court. Chez les sujets âgés, souvent poly-médiqués, les IPPs peuvent être également responsables d'interactions médicamenteuses à l'origine d'effets secondaires non négligeables. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques de prescriptions d'IPP chez des patients âgés en court/moyen et long séjours gériatriques afin de sensibiliser les médecins gériatres à une dé-prescription éventuelle.

Patients et Méthodes : Etude prospective observationnelle de pratique réalisée entre juillet et octobre 2017 dans 27 établissements de court/moyen et long séjours gériatriques. Les informations étaient collectées à l'aide d'une grille standardisée, après analyse des dossiers par les médecins en charge des patients. Les données suivantes étaient collectées : indication, posologie, durée de prescription corrélées aux recommandations de l'HAS sur la prescription des IPPs.

Résultats : Au total 1087 dossiers ont été analysés représentant 595 patients en court/moyen séjour et 492 en long séjour. L'âge était supérieur à 80 ans dans 70 et 84% des patients en court/moyen et long séjours avec un âge > 90 ans dans 25 et 42%, respectivement. On notait plus de 7 lignes de traitement dans 83% et 74% des patients en court/moyen et long séjour, respectivement. Parmi les 229 et 218 résidents en court/moyen et long séjours qui avaient au moins 1 antiagrégant plaquettaire, 83 et 86% avaient de l'aspirine, respectivement. La majorité des patients, >92 et 97% des patients en court/moyen et long séjour, respectivement, n'avaient pas d'AINS ou corticoïdes. Les IPP étaient non indiqués ou prescrits pour une indication inconnue chez 72% et 66% des patients de court/moyen et long séjour, respectivement. La durée et la posologie étaient conformes dans 61% des patients en court/moyen séjours. Chez les patients en long séjour, la durée et la posologie était conforme dans 30 et 26% des cas seulement.

Conclusion : La prescription d'IPP est souvent non adaptée chez les sujets âgés ce qui nécessite la mise en place d'un protocole de dé-prescription des IPPs qui reste à évaluer.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000515>

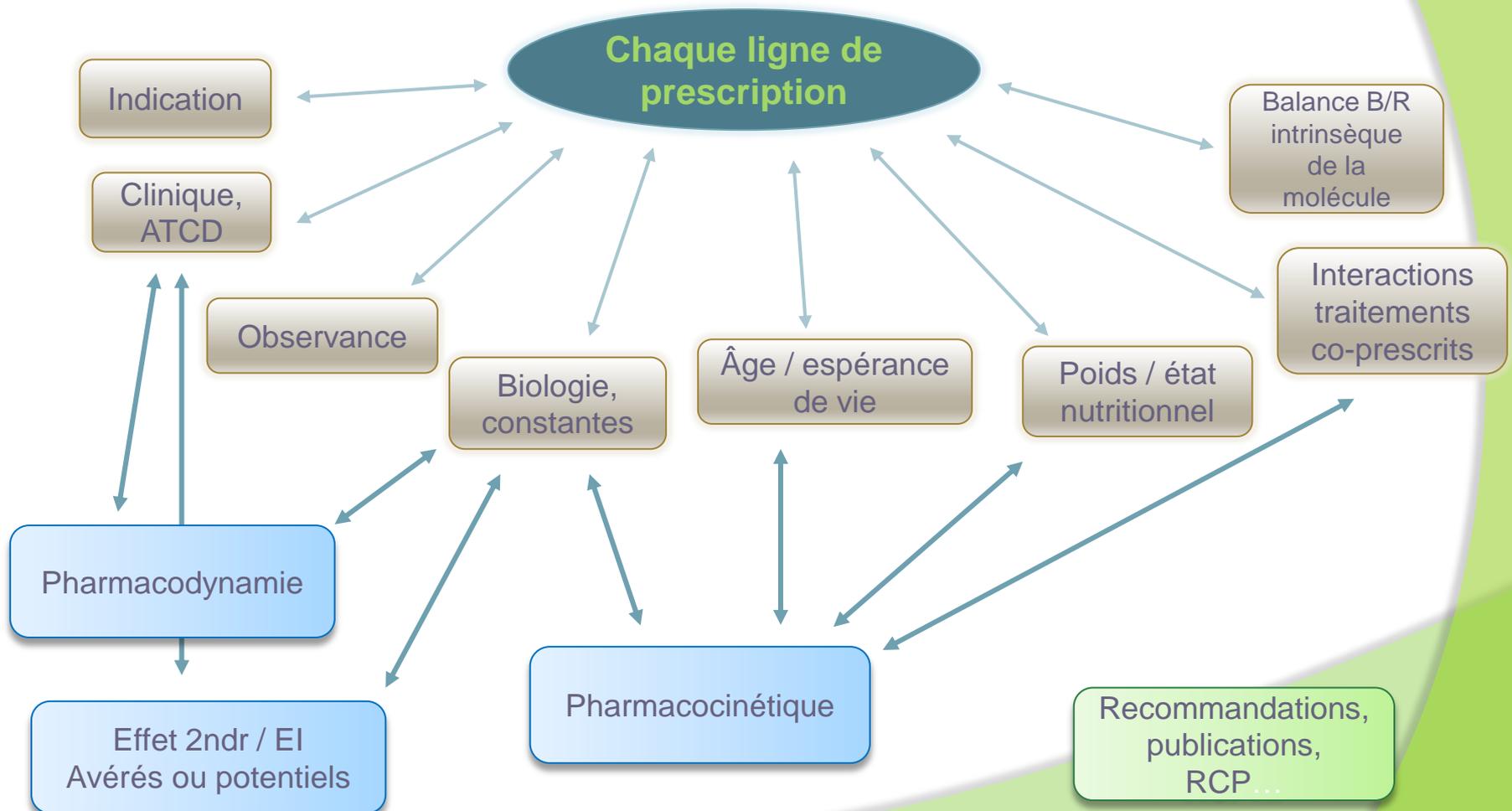
6.3

PHARMACIE CLINIQUE ET DEPRESCRIPTION - FOCUS SUR LES IPP -

Dr Marion COTTA – pharmacien clinicienne
Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac

Méthode de déprescription

Éléments motivant la déprescription = une balance bénéfique/risque défavorable

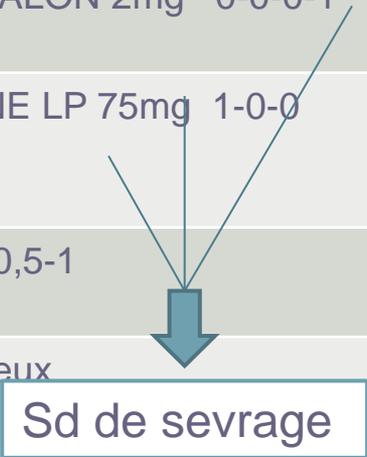


Cas clinique

Mme P. (80 ans) arrive aux Urgences pour chutes et confusion.
Découverte d'une hyponatrémie à l'entrée à 129mM.
Elle monte en Médecine Polyvalente et la conciliation est réalisée.

4 divergences non intentionnelles sont mises en évidence :

DIV NI	Action corrective
Oubli substitution livret : NUCTALON 2mg 0-0-0-1	Substitution
Erreur posologie VENLAFAXINE LP 75mg 1-0-0	Reprise du 150mg 1-0-0
Oubli BROMAZEPAM 0,5-0,5-0,5-1	Reprise
Oubli du collyre antiglaucomateux	Reprise


Sd de sevrage

Cas clinique

- ⦿ Quand la patiente récupère ses esprits (correction de l'hyponatrémie), l'entretien pharmaceutique peut avoir lieu.
- ⦿ Elle explique souvent chuter à cause de crampes.
- ⦿ Le dosage de la magnésémie met en évidence une hypoMg.
- ⦿ L'IPP est mis en cause : arrêt immédiat avec relais vers RANITIDINE + ajout Mag 2 cp
- ⦿ Une origine iatrogène est également retenue pour l'hyponatrémie : IPP, ISRS, FUROSEMIDE

asthénie, difficulté d'alimentation et d'hydratation

Nous avons établi la liste de ses médicaments pris en routine à son domicile.

Vous trouverez ci-dessous le bilan réalisé, le traitement à poursuivre à la sortie et un éventuel complément d'informations.

Avant hospitalisation	Après hospitalisation	Complément d'informations
AMLODIPINE 10mg : 1 comprimé le soir	modifié CANDESARTAN 4mg : 1 comprimé le soir	Changement de classe médicamenteuse devant OMI d'origine iatrogène.
PREVISCAN 20 mg cp quadriséq : 0.75 comprimé soir	poursuivi PREVISCAN 20 mg cp quadriséq : 0.75 comprimé soir	INR : 1,27 le 17/06/2019
FUROSEMIDE 20 mg cp séc : 1 comprimé matin	arrêté	Arrêt devant EI (déshydratation, hypotensions) et la découverte d'une origine iatrogène aux OMI.
DIFFU-K : 1 gélule matin, et midi	arrêté	Arrêt suite à l'arrêt d'une traitement hypokaliémiant (FUROSEMIDE).
LANTUS 100 UI/mL : 26 unités le soir	substitué ABASAGLAR 100 UI/mL	Switch vers le biosimilaire.
NOVORAPID 100 UI/mL : 2 unités matin, 4 unités midi, 2 unités soir	poursuivi NOVORAPID 100 UI/mL : 2 unités matin, 4 unités midi, 2 unités soir	
NUCTALON 2 mg cp : 1 comprimé coucher	poursuivi NUCTALON 2 mg cp : 1 comprimé coucher	
VENLAFAXINE LP 150 mg gél LP : 1 gélule matin	poursuivi VENLAFAXINE LP 150 mg gél LP : 1 gélule matin	
BROMAZEPAM 6 mg cpr quadriséq : 0.5 comprimé matin, midi, soir, et 1 comprimé coucher	arrêté	Sevrage en benzodiazépine devant le risque iatrogène.
MEBEVERINE 200 mg cp séc : 1 comprimé matin, 1 comprimé midi, 1 comprimé soir	arrêté	Arrêt en l'absence de symptômes.
RABEPRAZOLE 20 mg cp gastrorésis : 1 comprimé soir	modifié RANITIDINE 150mg 1 comprimé au coucher	Sevrage de l'IPP devant une hypomagnésémie iatrogène. Relais par RANITIDINE le temps de l'effet rebond soit 4 à 6 semaines.
ACETYLLEUCINE 500 mg cp : 1 comprimé matin, 1 comprimé midi, 1 comprimé soir	arrêté	Arrêt devant l'absence d'indication : l'étiologie des chutes étant des hypotensions.
MONOPROST 50 µg/ml collyre sol en récipient unidose : 1 goutte soir	poursuivi MONOPROST 50 µg/ml collyre sol en récipient unidose : 1 goutte soir	Cf. ordonnance ophtalmologue.
TRAMADOL LP 200 mg gél LP : 1 gélule matin, 1 gélule soir	arrêté	Arrêt devant le risque iatrogène (confusion, constipation) et l'absence de douleur.
PARACETAMOL 1 g cp : 1 comprimé matin, 1 comprimé midi, 1 comprimé soir	arrêté	Arrêt car non algique.
	ajouté MAGNESIUM MAG2 100 mg : 1 comprimé matin, midi et soir pendant 25 jours puis arrêté	Supplémentation devant la découverte d'une hypomagnésémie.
	ajouté FER (TARDYFERON) 80 mg 1 comprimé le matin pendant 89 jours puis arrêté.	Supplémentation sur découverte d'une anémie par carence martiale.

Gain mensuel moyen : 60,82€

Cascade médicamenteuse

Déclaration PV

IPP AU LONG COURS

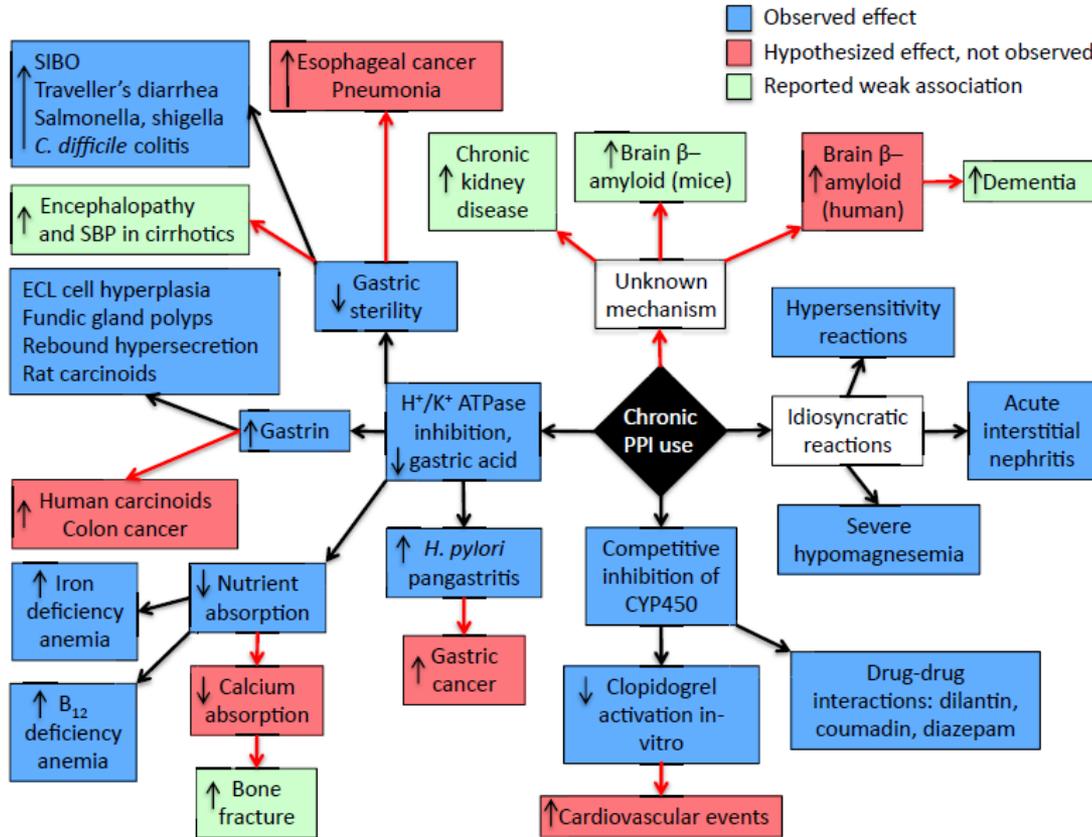


FIG 1. Mechanisms of potential risks associated with PPIs. Blue boxes represent effects that are observed. Green boxes represent effects that are weakly associated with PPI use. Pink boxes represent hypothetical effects that have not been reported or observed in association with PPI use. Black arrows are established linkages, whereas red arrows are proposed unproved links. ECL, Enterochromaffin-like; SBP, spontaneous bacterial peritonitis; SIBO, small intestinal bacterial overgrowth.

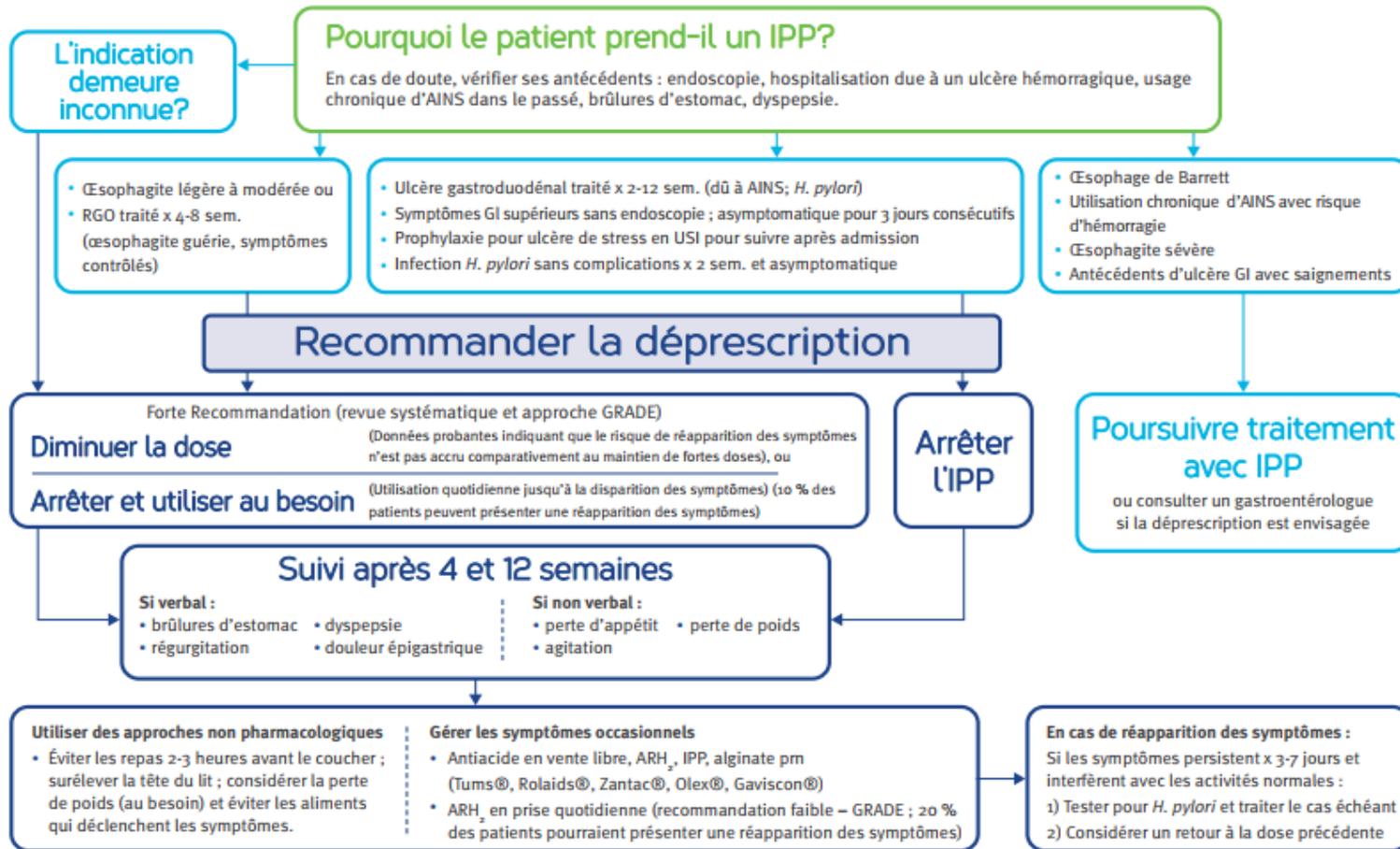
ALLERGY CLIN IMMUNOL VOLUME 141-1. 2018 JAN

IPP AU LONG COURS

Mars 2016



deprescribing.org | Algorithme de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)



© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commercial-Share Alike 4.0.
Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician* 2017;63:354-64 (ang), e253-66 (fr).



deprescribing.org

RESEUT DE RECHERCHE

Bruyère
RESEARCH INSTITUTE

open+
RESEARCH INSTITUTE

Coopération pharmacien-médecin : les attentes du médecin

- ⊙ Lien ville-hôpital pour les traitements habituels (pharmacie, MT) : chronophage pour le médecin +++
- ⊙ Expertise pharmacologique sur les traitements prescrits lors de l'hospitalisation et lors de la sortie :
 - ❖ Indications respectées ?
 - ❖ Posologies respectées et adaptées (f° rénale, poids...)
 - ❖ Absence de contre indications ?
 - ❖ Absence d'interactions médicamenteuses délétères ?
 - ❖ Pertinence des traitements ?

Pharmacien = expert du médicament = filet de sécurité pour le médecin

diminution du risque d'iatrogénie, et de ré-hospitalisation,
optimisation de l'ordonnance de sortie



Questions



TABLE RONDE

PATIENTS SOUS CHIMIOTHERAPIES ORALES, VISION PARCOURS, TOUS CONCERNES

François MARTIAL, Président URPS Pharmaciens Libéraux Nouvelle-Aquitaine

Marie-Laure LAULHE, Médecin traitant St Sever

Monique CARRERE, Pharmacien officine St Sever

Bérangère PAOLI, Pharmacien CH Mont de Marsan

Caroline STREICHER, Pharmacien CH de Brive

Dorian MARCONOT, Pharmacien HAD des Vignes et des Rivières

Antoine BROUILLAUD, OMEDIT Nouvelle-Aquitaine-Guadeloupe

Modérateur : *Barbara LORTAL, Pharmacien Institut Bergonié*



CHIMIOOTHERAPIES ORALES

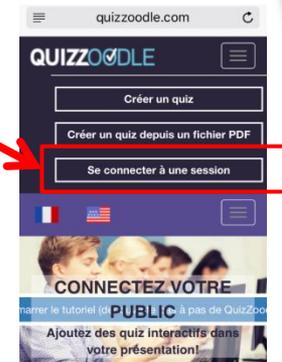
QUIZ CHIMIO ORALES

A vous de jouer ...!



Pour répondre aux questions de ce quiz :

- Connectez-vous sur **quizzoodle.com**
- Cliquez sur « **Se connecter à une session** »
- Rentrez le **code de session**
(ex : 48548512)
- Rentrez un **pseudonyme**
(*indispensable pour identifier les gagnants !*) et entrez !



Cas de Monsieur M.

Monsieur M., 73 ans, est atteint d'un cancer colorectal nouvellement diagnostiqué.

Sur avis de la RCP, un traitement par capécitabine est initié.

Cas de Monsieur M.

Une consultation de primo-prescription de chimiothérapie orale est organisée.

Seul le médecin prescripteur est habilité à recevoir le patient dans le cadre de cette consultation ?

- A. VRAI
- B. FAUX

Cas de Monsieur M.

Une consultation de primo-prescription de chimiothérapie orale est organisée.

Seul le médecin prescripteur est habilité à recevoir le patient dans le cadre de cette consultation ?

A. VRAI

B. **FAUX**

Primo-prescription de chimiothérapie orale

La consultation dite de « primo-prescription », si elle constitue un entretien spécifique entre le médecin spécialiste et le patient, doit également permettre un temps d'échange adapté entre le patient et d'autres professionnels de l'établissement (pharmacien, infirmier ...).

Seuls les établissements autorisés au traitement du cancer pour la chimiothérapie.

(Plan Cancer 2014-2019)

Cas de Monsieur M.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

- A. Les chimiothérapies orales sont moins toxiques que les chimiothérapies injectables
- B. Le risque de non observance est réel
- C. La première dispensation est hospitalière

Cas de Monsieur M.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

A. Les chimiothérapies orales sont moins toxiques que les chimiothérapies injectables = **FAUX**

B. **Le risque de non observance est réel**

C. La première dispensation est hospitalière = **FAUX**

Chimiothérapie orale

Avantages

- **Confort patient**
- Voie orale plus confortable que la voie IV
- Moins de contraintes : moins d'allers/retours, moins d'hospitalisation complètes
 - Patient plus autonome
- Adapté à la vie quotidienne des patients
- Efficacité similaire aux traitements IV

Inconvénients

- **Sentiment de solitude** face à la prise en charge du cancer
 - responsabilité de la prise du traitement au domicile
 - patients âgés : polymédication, troubles cognitifs...
 - **Observance ?**
 - survenue **d'effets indésirables**
 - **Caractéristiques du patient**
- **Banalisation de la chimiothérapie**

Pour accompagner l'essor des chimiothérapies orales tout en garantissant l'efficacité et la sécurité de ces traitements

→ **organisation permettant une réelle articulation entre l'équipe de premier recours et l'hôpital.**

Cas de Monsieur M.

L'oncologue de Monsieur M. lui prescrit un dépistage du déficit en dihydropyrimidine deshydrogénase (DPD).

A-t-il raison de prescrire ce dosage ?

A. OUI

B. NON

Cas de Monsieur M.

L'oncologue de Monsieur M. lui prescrit un dépistage du déficit en dihydropyrimidine deshydrogénase (DPD).

A-t-il raison de prescrire ce dosage ?

A. OUI

B. NON

Dépistage déficit DPD

Les patients concernés par ce dépistage sont :

- Les patients **avant une 1ère dispensation** d'une chimiothérapie comportant une fluoropyrimidine
- Les patients n'ayant pas pu bénéficier d'un dépistage pré thérapeutique, **en cas de toxicité sévère, avant réintroduction de la fluoropyrimidine**

(Note d'information DGS du 19 mars 2019)

Cas de Monsieur M.

Les résultats du dépistage sont parvenus à l'oncologue de Monsieur M.

Monsieur M. repart avec une prescription de capécitabine à une posologie adaptée aux résultats du dosage de l'uracilémie.

Ce dernier se présente chez son pharmacien d'officine avec l'ordonnance suivante :

RPPS/FINESS
Nom du prescripteur
Service / Etablissement

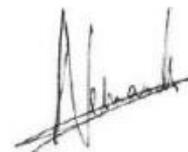
Monsieur M., 73 ans
1m75 - 70Kg

Capécitabine
1800mg matin et soir pendant 2 semaines
puis arrêt de 1 semaine

Paracétamol 500mg
2 comprimés x3 par jour

Traitement pour un cycle de 3 semaines

le 15/08/2019



Cas de Monsieur M.

Le pharmacien de Monsieur M. peut-il délivrer le traitement ?

A. OUI

B. NON

RPPS/FINESS
Nom du prescripteur
Service / Etablissement

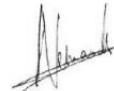
Monsieur M., 73 ans
1m75 - 70Kg

Capécitabine
1800mg matin et soir pendant 2 semaines
puis arrêt de 1 semaine

Paracétamol 500mg
2 comprimés x3 par jour

Traitement pour un cycle de 3 semaines

le 15/08/2019



Cas de Monsieur M.

Le pharmacien de Monsieur M. peut-il délivrer le traitement ?

A. OUI

B. **NON**

Cas de Monsieur M.

Quelle mention le médecin aurait-il dû faire apparaître sur la prescription de capécitabine de Monsieur M. ?

- A. Aucune mention particulière
- B. Dosage uracilémie effectué
- C. Résultats uracilémie pris en compte
- D. Non substituable

Cas de Monsieur M.

Quelle mention le médecin aurait-il dû faire apparaître sur la prescription de capécitabine de Monsieur M. ?

- A. Aucune mention particulière
- B. Dosage uracilémie effectué
- C. **Résultats uracilémie pris en compte**
- D. Non substituable

Dispensation

La mention « **Résultats uracilémie pris en compte** » doit impérativement apparaître sur **les prescriptions de fluoropyrimidine en cas d'initiation ou de réintroduction.**

Il est également question de systématiser la présence de cette mention sur **toute prescription de fluoropyrimidine** afin de faciliter le transfert d'informations entre les professionnels.

(Note d'information DGS du 19 mars 2019)

Cas de Monsieur M.

En l'absence de la mention appropriée, le pharmacien d'officine contacte alors le médecin prescripteur pour s'assurer que le dosage a bien été réalisé et les résultats pris en compte, et dispense la capécitabine à Monsieur M., après avoir précisé cette mention sur l'ordonnance.

Un IDE passe désormais au domicile de Monsieur M. pour réaliser certains soins et l'accompagner dans la prise de son traitement anticancéreux.

RPPS/FINESS
Nom du prescripteur
Service / Etablissement

Monsieur M., 73 ans
1m75 - 70Kg

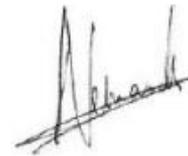
Capécitabine
1800mg matin et soir pendant 2 semaines
puis arrêt de 1 semaine

Paracétamol 500mg
2 comprimés x3 par jour

Traitement pour un cycle de 3 semaines

Résultats uracilémie
pris en compte

le 15/08/2019



Administration

L'IDE peut-il procéder à l'administration de la capécitabine ?

- A. OUI
- B. NON

RPPS/FINESS

Nom du prescripteur
Service / Etablissement

Monsieur M., 73 ans
1m75 - 70Kg

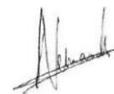
Capécitabine
1800mg matin et soir pendant 2 semaines
puis arrêt de 1 semaine

Paracétamol 500mg
2 comprimés x3 par jour

Traitement pour un cycle de 3 semaines

Résultats uracilémie
pris en compte

le 15/08/2019



Administration

L'IDE peut-il procéder à l'administration de la capécitabine ?

A. **OUI**

B. NON

Administration

De la même manière que lors de la dispensation de la capécitabine par le pharmacien d'officine, l'IDE doit s'assurer que le dosage a été réalisé et les résultats pris en compte par le prescripteur.

(Note d'information DGS du 19 mars 2019)

Cas de Monsieur M.

Quel(s) autre(s) moyen(s) peu(ven)t être utilisé(s) afin de favoriser le partage de la bonne prise en compte des résultats du dépistage ?

A. L'enregistrement du résultat du dosage dans le DMP

B. Le partage de cette information via l'outil PAACO Globule

C. Via le Dossier Communicant de Cancérologie

D. Toutes ces réponses sont vraies

Cas de Monsieur M.

Quel(s) autre(s) moyen(s) peu(ven)t être utilisé(s) afin de favoriser le partage de la bonne prise en compte des résultats du dépistage ?

D. Toutes ces réponses sont vraies → Tous les moyens favorisant l'échange et le partage d'informations relatives à la prise en charge médicamenteuse du patient doivent être utilisés

En résumé

Prise en charge par chimiothérapie orale nécessite :

- Une mobilisation et une coordination pluriprofessionnelles autour du patient
- L'adhésion du patient à son traitement
- Une forte articulation avec les professionnels de ville
- Le partage d'informations via des outils numériques

Outils disponibles

Savez-vous où trouver des informations concernant les chimiothérapies usage ?

- A. Via l'INCa
- B. Via l'OMEDIT
- C. Via l'OncoMIP
- D. Via la SFPO

Outils disponibles, rendez-vous sur : www.omedit-nag.fr

Site INCa

<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Medicaments/Prevention-suivi-et-gestion-des-effets-indesirables>

Site OMEDIT NAG

<http://www.omedit-nag.fr/page/anticancereux>

Site SFPO

<http://oncolien.sfpo.com/>

Site ONCOMIP

<http://oncomip.org/fr/espace-professionnel/traitements-anti-cancereux-fiches-d-informations/voie-orale.html>

SURVEILLER VOTRE PATIENT

Examen clinique et interrogatoire

INFORMER VOTRE PATIENT

MATIN (BLANC)

Soins biologiques

Soins symptomatiques

DÉTECTER DES INTERACTIONS

CONSEILS

OMEDIT

Chimiothérapies orales : Fiches d'information - Bon usage

SFPO SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHARMACIE ONCOLOGIQUE ONCOLIEN®

Ruxolitinib - JAKAVI®

Présentation

Description médicament	Dosage	Photographie
Thérapie orale : inhibiteur de JAK2/1C2	5 mg 10 mg 20 mg	

Indications AMM

- Spéliomypelose ou des syndromes liés à la maladie chez le patient atteint de myélodysplasie primitive (appellée également myélodysplasie chronique oligoclonale) de myélodysplasie secondaire à la maladie de Vaquez (syndrome vrai) ou de myélodysplasie secondaire à la thrombocytopénie essentielle.
- Maladie de Vaquez chez les patients qui sont réfractaires ou résistants à l'Hydroxyurée.

Posologie - Mode d'administration

2 fois par jour

En continu

● **Posologie** : 1 à 20 mg • 2 fois en fonction de l'indication et du taux de plaquettes

- Patients avec un taux de plaquettes > 200 000mm³ : 20 mg x 2
- Patients avec un taux de plaquettes entre 100 000mm³ et 200 000mm³ : 10 mg x 2
- Maladie de Vaquez : 10 mg x 2
- Patients avec un taux de plaquettes entre 50 000mm³ et 100 000mm³ : 5 mg x 2

Actualisation des connaissances

Si besoin particulier : contacter l'OMEDIT pour la réalisation de nouvelles fiches

QUIZ CHIMIOOTHERAPIES ORALES



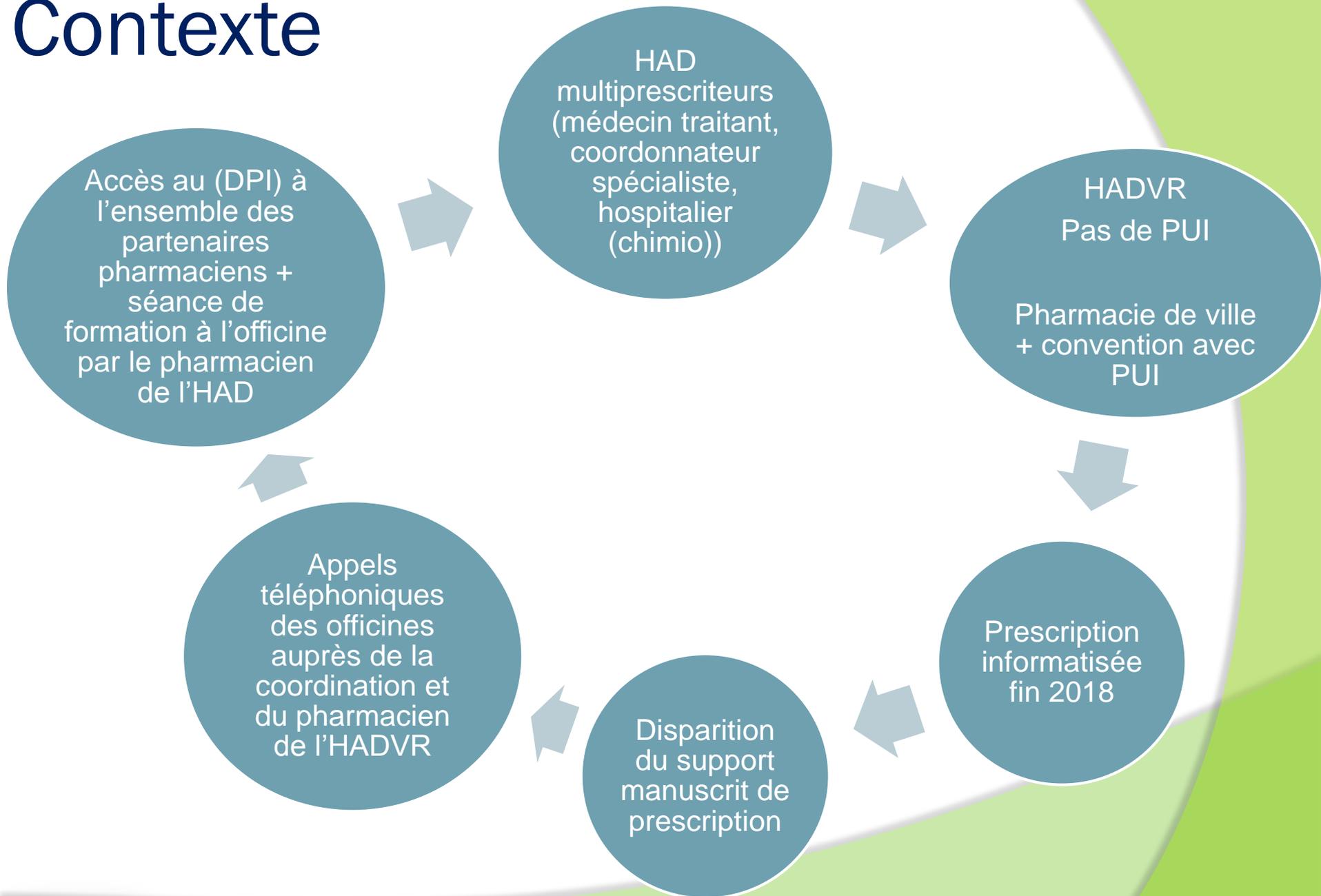
Récupérer vos lots !

7.2

EXERCICE COORDONNÉ HAD/PROFESSIONNELS DE VILLE SUR LES CHIMIOTHÉRAPIES ORALES

Dorian MARCONOT, Pharmacien HAD des Vignes et des Rivières

Contexte



Accès au DPI par les officinaux

Documents de la Gestion Documentaire

Base de stockage de l'ensemble des documents numérisés ou photographiés par les IDE aux domiciles des patients

- ordonnances
- résultats d'analyse (uracilémie/5FU, toxicité hémato et palbociclib)
- compte rendu d'hospitalisation...

Données sécurisées

Traitement médicamenteux en cours

- Réel bénéfice sur le suivi du patient pour les officines du traitement en cours : support unique de prescription
- Editable sous forme d'ordonnance
- Module de validation pharmaceutique
- Meilleure identification des interactions médicamenteuses (médicaments disponibles en ville et ceux de la réserve hospitalier)

Dossier de coordination

- Accès au suivi médical/paramédical (données cliniques/EI des chimios orales)
- Accès suivi pharmaceutique : Accès aux CTM d'entrée et de sortie (patients priorités pansements complexes et chimio) en temps réel
- Accès au compte rendu d'entretien pharmaceutiques réalisés par le pharmacien de l'HAD
- Possibilité de rédaction d'une transmission par les pharmacien d'officine

➔ Diminue la iatrogénie médicamenteuse et délivrance optimale notamment pour les chimio orales pour les pharmaciens officinaux

Objectifs

- ◎ Les objectifs du déploiement du DPI sont multiples :
 - Sécuriser le circuit du médicament
 - Diminuer la iatrogénie médicamenteuse (chimios orales)
 - Dématérialisation des ordonnances
 - Optimiser la prise en charge du patient
 - Intégrer l'ensemble des partenaires sur le parcours du patient en HAD
 - Améliorer la coordination
- ◎ Le déplacement du pharmacien HAD dans les officines pour le déploiement du DPI a également pour objectif d'avoir un interlocuteur privilégié

Résultats

- Sur les 34 pharmacies ayant accès au DPI (déploiement du 11/18 au 08/19) :
 - 19 (56%) ont utilisé le DPI (hors formation)
 - Un taux moyen de 46 connexions [2 -298]
 - 10 ont un nombre de connexions supérieur à 20 (hors formation)

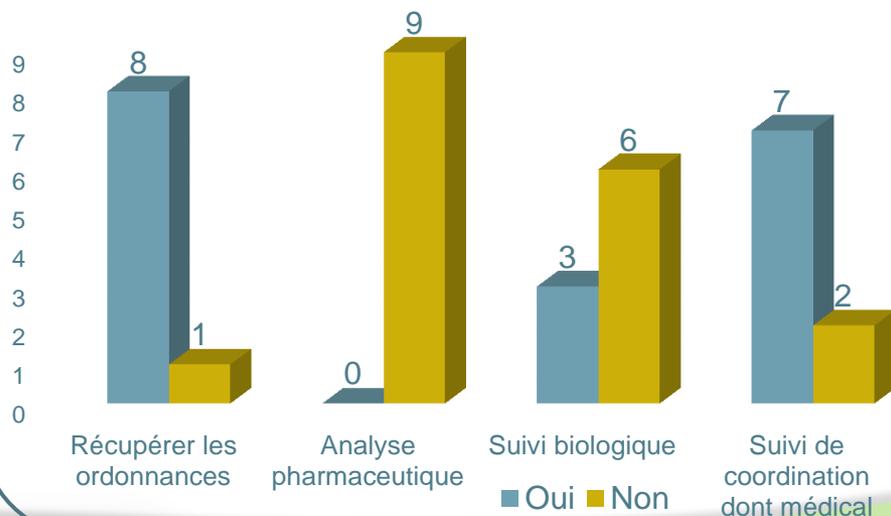
Prescription informatisée est un point positif dans la prise en charge du patient



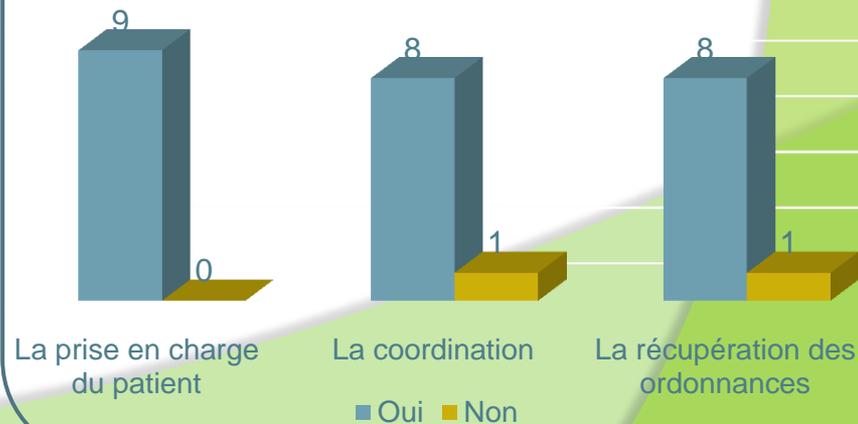
■ Oui ■ Non

Résultats du questionnaire de satisfaction

Motifs d'utilisation du DPI



L'accès au DPI a permis aux pharmacies d'officine d'améliorer :



Conclusion

La dématérialisation sécurisée des ordonnances est possible tout en respectant les contraintes de chacun des intervenants

Le rôle du pharmacien HAD est primordiale pour le développement du DPI auprès de ces confrères et reste un interlocuteur privilégié

DPI permet d'optimiser la prise en charge du parcours patient en incluant pleinement les pharmaciens d'officine

Un lien primordial entre la ville et l'hôpital est dorénavant renforcé

Il permet de sécuriser, optimiser et faciliter la prise en charge du patient en HAD notamment pour chimiothérapies orales

Modèle à développer pour l'ensemble des pharmacies d'officines conventionnées avec l'HADV

7.3

RETOUR D'EXPERIENCE CH BRIVE ANTICANCÉREUX ORAUX ET PHARMACIEN HOSPITALIER

Caroline STREICHER, Pharmacien CH de Brive

Consultations pluridisciplinaires de primo-prescription d'anticancéreux oraux

Mise en place de consultations pluridisciplinaires juin 2015 (526 consultations Pluridisciplinaires)

- Organisation qui évolue : 100/an 2016 2017 2018, en nov 2019 > 220 consultations...
- Consultation médecin puis consultation en binôme IDE + Pharmacien
- Consultations programmées et non programmées
- Oncologie et Hématologie
- 2 Pharmaciens impliqués (unité de production), IDE de thérapie orale/IDE d'annonce
- 1 Intervention Pharmaceutique chez 1 patient sur 2 (Interactions 32%)
- 1h-1h30 : préparation + consultation + traçabilité

- Partir des connaissances du patients
- Présenter le médicament
- Evaluer l'autonomie du patient
- Réaliser un BMO
- Rechercher des interactions médicamenteuses et avec les plantes
- Expliquer les EI
- Vérifier les ordonnances

Consultation
médicale

Consultation IDE
+ Pharmacien

Traçabilité dans
Dossier Patient
informatisé par
chaque intervenant
sur le même courrier

**CONSULTATION
PLURIDISCIPLINAIRE**



Pharmacien



Informations
transmises
à l'officine et
IDE libérale

Secrétaire



Informations
transmises au
médecin traitant

Suivi
téléphonique par
IDE
Tracé dans le
Dossier Patient
informatisé



Exemple : Ibrutinib

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

CR Consultation ibrutinib.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

Ibrutinib IMBRUVICA PS.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

ORDO IBRUTINIB.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

ORDO GESTION DES EI.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

Mise en route d'un traitement par IBRUTINIB en 2ème ligne de sa LLC.

Début du traitement prévu le 25 mars 2019.

Attention aux interactions médicamenteuses nombreuses :

- STOP IPP
- Augmentation du risque de saignement (association PRADAXA + IBRUTINIB + HUILE de foie de morue)
- PRADAXA et CORDARONE prises à distance de l'IBRUTINIB (le midi) : associations à surveiller

NFS hebdo les mardi, hyperlymphocytose normale en début de traitement.

ROHlim

Document actualisé 13/04/2017 et validé par ROHlim

Aide professionnel de santé

ROHlim

Document actualisé 13/04/2017 et validé par ROHlim

Aide mémoire

IBRUTINIB
IMBRUVICA®

Forme/Présentations/Prix

- Dosage : 140mg
- Gélule blanche opaque, portant l'inscription "ibr 140 mg" à l'encre noire.
- Flacon de 90 ou 120 gélules.
- Prix : 5 873,01€ le flacon de 90, soit 65,25€ la gélule
7 787,89 le flacon de 120, soit 64,89€ la gélule



Tampon de la pharmacie

Votre posologie est stricte et individuelle, pour l'établir votre médecin tient compte du type de votre maladie, de vos antécédents et de votre tolérance au traitement.

La thérapie ciblée orale est un traitement anticancéreux, ce traitement nécessite un suivi rigoureux.

porter au

noire.

médecins

tement.

sur www.rohlim.fr

Les fiches conseils sur les médicaments anticancéreux oraux sont actualisées régulièrement et sont téléchargeables sur www.rohlim.fr. Malgré le soin apporté à la rédaction de cette fiche, une erreur ou une coquille a pu s'y glisser et ne pourra pas être imputée aux auteurs.

23/03/2019 (8 mois) - COURTIAL Julien, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

traitement Livré à domicile.
rappel des effets indésirables. bonne compréhension du patient.
confirmation de l'arrêt de l'IPP. arrêt également de l'huile de foie de morue.
reste à voir pour le traitement anti coagulant si passage aux AVK ou héparine.
le patient en a discuté avec le cardiologue mais rien a été statué.
À confirmer avec le dr Gorge

25/03/2019 (8 mois) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

Merci de votre retour

25/03/2019 (8 mois) - GORGE MARIEN, Médecin généraliste confidentialité Médecins + soignants

Bonjour à tous,

1) Ne vaut-il mieux pas, chez Mr [redacted] continuer les IPP sachant que le risque d'interaction n'est que "théorique" (source = Vidal) et que chez lui le risque de saignement est majoré avec potentiellement un risque d'hémorragie digestive?

2) Par ailleurs, concernant la poursuite du PRADAXA, je ne peux que me ranger derrière les avis hémato et cardio (son score CHADS2VASC est à 3 et il nécessite donc théoriquement des anticoagulants). Une décision collégiale me paraît nécessaire

A vous lire!

25/03/2019 (8 mois) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

- En effet, le PRADAXA est poursuivi chez ce patient en prenant en compte la balance bénéfice risque de ce traitement. Il faudra surveiller le risque de saignement. Décision en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire régionale en accord avec le DR SARFATI (hématologue) (pièce jointe)

- Concernant l'IPP: il avait été suggéré de l'arrêter car il semblait qu'il a avait été introduit en prévention des ulcères gastroduodénaux associés à la prise d'AINS.

Le patient n'étant plus sous AINS, l'IPP aurait pu être stoppé.

Mais l'IPP peut être poursuivi s'il existe un risque de saignement digestif, l'ibrutinib étant pris le midi, l'IPP peut être administré le matin ou le soir afin de limiter le risque d'interaction.

NB : éviter la prescription d'AINS chez ce patient (risque de saignement +++)

- L'interaction avec l'amiodarone est à surveiller également, en cas de tolérance difficile un suivi pharmacologique de l'ibrutinib pourra être réalisé pour vérifier son exposition plasmatique (risque d'augmentation).

19/04/2019 (7 mois) - COURTIAL Julien, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

bonjour,

je viens de m'entretenir avec Mr sur l'intérêt de son ttt par Adénuric, au vu de ses analyses reçues ce matin. son Uricémie semble être normale il avait pris le parti d'augmenter sa ration Hydrique. ses douleurs articulaires sont maîtrisées par Acupan 1/2 amp si besoin et Paracétamol 3g/24h merci de confirmer l'arrêt ou la prolongation du ttt

02/05/2019 (6 mois) - GORGE MARIEN, Médecin généraliste confidentialité Médecins + soignants

sciatalgie gauche depuis 2 jours, d'allure mécanique suite effort de jardinage. pas de modification de tt, continuer avec Acupan, marcher... effectivement sur dernière bio, l'uricémie est normale donc pour ma part pas d'indication à poursuivre le tt par adenuric sauf indication contraire de l'hématologue.

02/05/2019 (6 mois) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

Son hématologue le Dr SARFATI est en congés cette semaine. Je lui laisse une note et je reviens vers vous dès que j'en sais plus.

03/05/2019 (6 mois) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

FEU VERT du Dr SARFATI pour stopper l'adenuric. Et on contrôlera le taux d'acide urique à la prochaine prise de sang. Merci

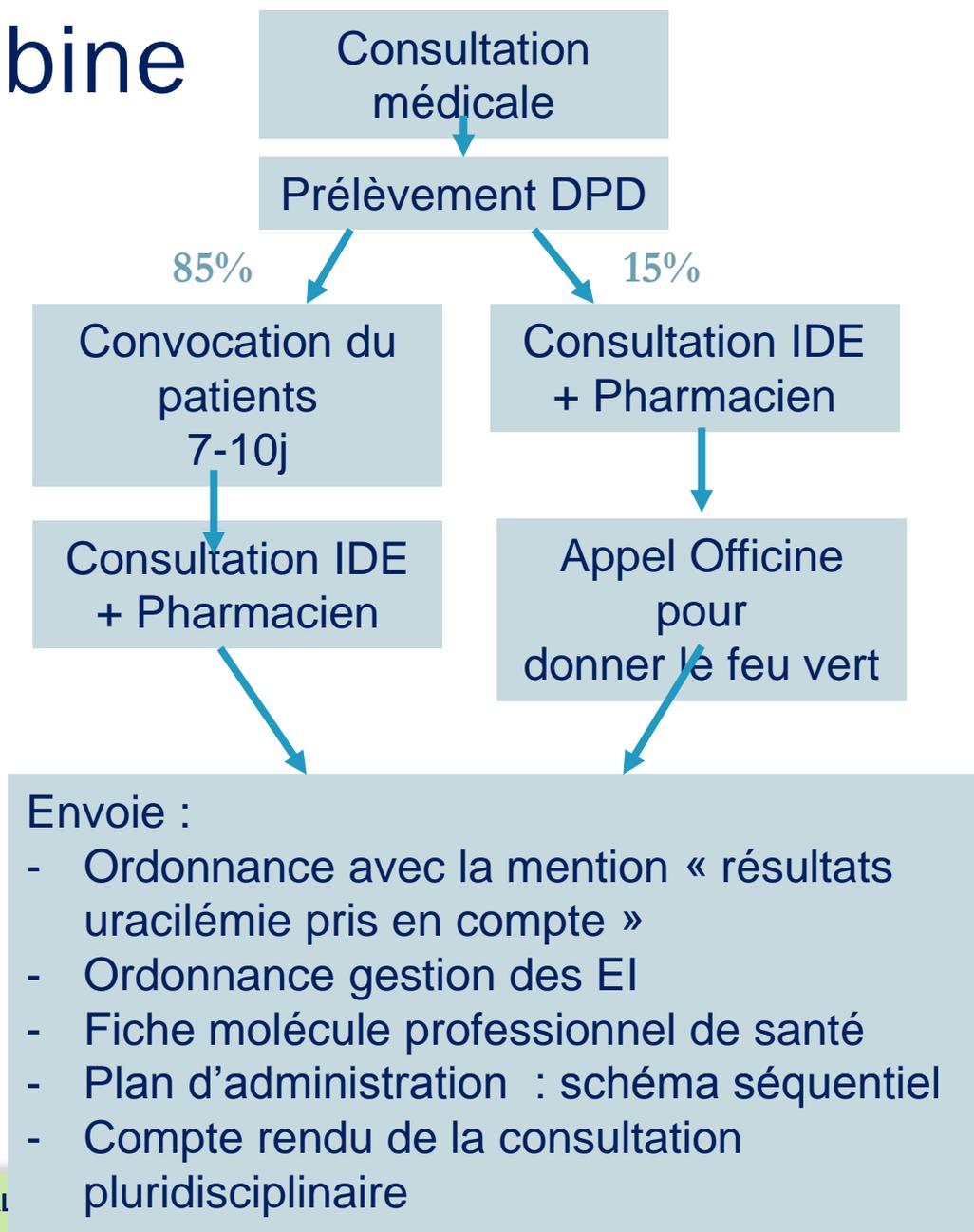
27/05/2019 (5 mois) - COURTIAL Odile, Pharmacien(ne)

Traitement chimiothérapie délivré. Mr [REDACTED] est en pleine forme. Bonne tolérance du traitement.

Retour d'expérience



Capecitabine



Capecitabine

Taux uracilémie : 8,9 ng/ml
Pas de déficit en enzyme DPD

PROTOCOLE XELOX

J1 = J21

CURE 1 : le 05/11/2019

SEMAINE 1 : début du XELODA le matin le 05/11

J1 05/11	J2 06/11	J3 07/11	J4 08/11	J5 09/11	J6 10/11	J7 11/11
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

J1 = Perfusion d'oxaliplatine en Hôpital de jour

SEMAINE 2 :

J8 12/11	J9 13/11	J10 14/11	J11 15/11	J12 16/11	J13 17/11	J14 18/11
-------------	-------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

SEMAINE 3 :

J15 19/11	J16 20/11	J17 21/11	J18 22/11	J19 23/11	J20 24/11	J21 25/11
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Jours de prise de la CAPECITABINE : 3 cps à 500 mg soit et 3 cps à 150 mg soit 1950 mg matin et soir, pendant 14 jours avec un grand verre d'eau, 30 min après le repas. Prise de la capécitabine du 05/11 au soir au 19/11 matin

CURE 2 prévue le 26/11/2019

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins :

ORDO CAPECITABINE.pdf

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins :

RECHERCHE DEFICIT DPD.pdf

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins :

Capecitabine_Xeloda_PS.pdf

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

Mise en place d'un protocole associant de la radiothérapie et une chimiothérapie orale par CAPECITABINE.
La prise de la CAPECITABINE se fait le matin et le soir uniquement les jours des rayons.
Début des rayons le 07/10/2019.
25 Séances prévues.

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

CR Consultation pluridisciplinaire CAPECITABINE.pdf

7.4

RETOUR D'EXPERIENCE CH MONT DE MARSAN PARCOURS PATIENTS SOUS CHIMIOThÉRAPIE ORALE

Bérangère PAOLI, Pharmacien CH Mont de Marsan

Parcours oncologie-hématologie : patients sous chimiothérapie orale

DES CONSTATS

- Augmentation du nombre de patients traités par chimiothérapie orale
- Arrivée de nouvelles molécules qui permettent de traiter de nombreux cancers en per os
- Des effets indésirables qui majorent la mauvaise observance
- Un risque d'interaction médicamenteuse non négligeable

DES OBJECTIFS

- Améliorer la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale en renforçant la coordination ville/hôpital grâce à l'échange d'informations entre les acteurs du soin à domicile et l'hôpital.
- Accompagner le patient dans son parcours de santé

DES MOYENS

- Une organisation coordonnée entre spécialistes, équipes hospitalières, médecins traitants, officines de ville, laboratoires, plateforme territoriale d'appui
- Un outil numérique partagé, sécurisé et intégré au dossier de soin hospitalier
- Un engagement des médecins traitants dans le parcours de santé de leurs patients
- La réalisation de la conciliation médicamenteuse par les pharmaciens de ville et de l'hôpital

Parcours oncologie-hématologie : patients sous chimiothérapie orale

Constat fait à l'hôpital

- Défaut de communication fréquent
- Des inobservances
- Des conséquences négatives pour les patients

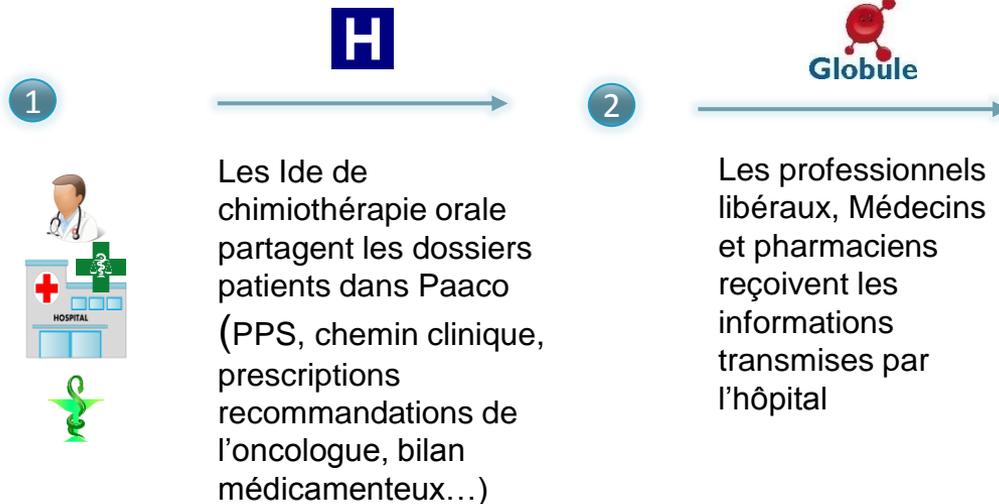
Les solutions

- Une force à notre échelle
- Une volonté dépendante des équipes médicales
- De nouveaux outils

Chimiothérapie orale

Objectifs

Sécuriser le patient
Organiser la filière de soins
Valoriser la PTA « Santé Landes »
Créer de l'usage



La biologie des patients est transmise aux médecins par Bioserver et/ou paaco/globule

➤ Repositionnement du médecin généraliste au centre de la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale grâce aux plateformes territoriales d'appui

➤ Repositionnement du pharmacien de ville dans son rôle de professionnel de santé

NEW

➤ Partage des informations obligatoires avec la ville :

- ❖ Le dosage de la DPD
- ❖ Avec PAACO/GLOBULE



Interface Paaco/Globule à l'hôpital

The screenshot displays a web browser window with the URL <https://ent.ch-mt-marsan.fr/Citrix/Gateway/clients/HTML5Client/src/SessionW>. The main content area is titled "Renseignements administratifs" and contains the following information:

Nom de naissance: SALLES
Prénom: REINE
Autres prénoms:
Sexe: Féminin
Nom d'usage: LALOUBERE
Age: 72 ans
Née le: 26/09/1947 à : MALAUSSANNE
CP: 64410
Tél Portable: 06-24-74-54-55

ADRESSE ACTUELLE

Chez
Lieu dit
N° Rue
C.P.
Commune
Bur distrib
Tél

ADRESSE DOMICILE

Chez 677 RTE DE DOAZIT
Lieu dit
N° Rue
C.P. 40700
Commune
Bur distrib HAGETMAU
Tél

N° sécu. Mutuelle
Profession Taux PEC
Nb enfants Nb frères/soeurs C.S.P.
Médecin traitant déclaré INS-C 1229698181570348912809

Médecins correspondants
MAYAUDON / Jean Luc
ETCHEVERRY / Bernard
BALLING / Barbara

Derniers événements
Précédent Rdv: le 03/12/2019 à 10:00 en 7074 TSN, Ressources : TSN / 7074 - Visite autorisée / Accepte visite
Prochain Rdv: le 05/12/2019 à 08:00 en 6601 N- BL. VASCULAI, Ressources : N- BL. VASCULAI

On the left, a scheduling table is visible with columns for "S", "N°", "He...", "E.", "N°IPP", "Etat", "N°IEP/Séj...", "I.", and "Nom Complet / Pré...". The table shows a row for 10:00 with a red cell and the name "LALOUBERE (née S...".

At the bottom, the Windows taskbar shows the time 11:48 on 03/12/2019 and the system tray with icons for network, volume, and power.

Interface Paaco/Globule à l'hôpital

The screenshot displays a Citrix Receiver window titled "demouage40c - Globule". The browser address bar shows the URL: <https://ent.ch-mt-marsan.fr/Citrix/Gateway/clients/HTML5Client/src/SessionW>. The page title is "Journal du patient" for "Mme LALOUBERE REINE Née SALLES (72 ans)".

The interface shows a table of documents with the following columns: Nom, Auteur, Taille, Mise à jour, and Création. The documents listed are:

Nom	Auteur	Taille	Mise à jour	Création
Dosage_DPD.pdf	Paoli Bérengère	4 Mo	Version 1.0	03/12/2019
ordonnance de sortie du 15/11/19	BRETHES Delphine	375 Ko	Version 1.0	19/11/2019
Courrier de Sortie du 15/11/19	BRETHES Delphine	984 Ko	Version 1.0	19/11/2019

The table also includes a "Filtres" section with "Importance" and "Documents (3)" options. The bottom of the window shows a Windows taskbar with the time 11:51 and date 03/12/2019.

Transmission du Dosage DPD

The screenshot displays a web application interface for a patient's medical record. The browser address bar shows the URL: <https://ent.ch-mt-marsan.fr/Citrix/Gateway/clients/HTML5Client/src/SessionW>. The page title is "Journal du patient".

The patient profile section shows: **Mme LALOUBERE REINE Née SALLES (72 ans)**. The document list on the right includes:

Auteur	Taille	Mise à jour	Création
Paoli Bérengère	4 Mo	Version 1.0	03/12/2019
BRETHES Delphine	375 Ko	Version 1.0	19/11/2019
BRETHES Delphine	984 Ko	Version 1.0	19/11/2019

The main document, "Dosage DPD.pdf", is a laboratory report from Cerba. It contains the following information:

- Patient:** LALOUBERE né(e) SALLES REINE, Né(e) le 26.09.1947, Sexe : F, Dossier n° : 19S0239347.
- Address:** C H LAYNE LABORATOIRE, AVENUE CRONSTAD BP 417, 40024 MONT DE MARSAN CEDEX.
- Transmitted by:** C H LAYNE, Vos références: 915210272, Enregistré le: 22.11.2019, Exécuté le: 27.11.2019.
- Test:** PHENOTYPE DPD (DIHYDROPYRIMIDINE DEHYDROGÉNASE) LC/MS/MS. Prélèvement: 21.11.2019, Plasma EDTA.
- Result:** Taux Uracile (U) Résultat contrôlé. **12.2 ng/ml**.
- Interpretation:** Le taux d'uracile n'est pas en faveur d'un déficit en enzyme DPD. Une uracilémie > ou = à 16 ng/ml est évocatrice d'un déficit en DPD.
- Sources:** Recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase en vue de prévenir certaines toxicités sévères survenant sous traitement comportant des fluoropyrimidines. Haute Autorité de Santé (HAS) 18/12/2018.

Document partagé à l'ensemble de l'équipe de soins

The screenshot displays a web browser window with multiple tabs. The active tab is titled "Journal du patient" and shows the medical record for "Mme LALOUBERE REINE Née SALLES (72 ans)". The interface includes a navigation bar with "Profil général", "Journal", "Documents", "Planning", and "Traitements". A list of notes and documents is visible, including:

- Document: "patiente qui a regagné son domicile le 15 novembre 2019" (dated 19/11/2019).
- Document: "Courrier de Sortie du 15/11/19" (dated 19/11/2019).
- Document: "ordonnance de sortie du 15/11/19" (dated 19/11/2019).
- Text note: "Fin de prise en charge Structure : Saint-sever - CENTRE HOSPITALIER de SAINT SEVER en date du vendredi 15/11/19 à 15:21" (dated 19/11/2019).
- Text note: "Création d'un dossier dans la structure CH de Mont-de-Marsan - Hôpital Layné" (dated 11/11/2019).
- Text note: "Intervenant Mme Paoli Bérengère s'est ajouté comme intervenant." (dated 11/11/2019).
- Document: "Dosage_DPD.pdf" (dated 11/11/2019).

The browser's address bar shows the URL: <https://ent.ch-mt-marsan.fr/Citrix/Gateway/clients/HTML5Client/src/SessionW>. The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date 03/12/2019 and time 11:51.

Merci de votre attention



Questions



Evaluez la journée en ligne!



<https://fr.surveymonkey.com/r/OMEDIT>



Bonnes fêtes de fin d'année **2019**