

# Check-list pour le pharmacien clinicien

François Rouiller, Séverine Krähenbühl et Christian Schäli - Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique (PHEL) - 1800 VEVEY

## Introduction :

Depuis plus de 10 ans, les pharmaciens de la PHEL offrent à leurs hôpitaux partenaires des prestations de pharmacie clinique. Cette activité se concrétise sous diverses formes d'interventions : participation aux visites médicales, discussion du dossier patient lors de réunions interdisciplinaires ou colloques « médicaments » avec les médecins. Malgré cette longue pratique, des problèmes liés aux traitements analysés échappent parfois à l'attention du pharmacien : effet indésirable non décelé, donnée de laboratoire ignorée, posologie non corrigée, alternatives avantageuses passées sous silence, etc. Découverts trop tard, non documentés, ils sont malheureusement laissés de côté lors de la discussion avec les médecins ou y surviennent inopinément, alors que le pharmacien aurait pu les anticiper.

## Objectif : Créer un aide-mémoire pour le pharmacien clinicien

Confronté à des médications parfois très complexes, le pharmacien clinicien pourrait tirer profit d'un outil qui centre son attention sur LES questions à soulever systématiquement. Ce document aurait plusieurs fonctions :

- inciter le pharmacien à ne négliger aucune information utile à l'analyse des traitements (p. ex. quelles données cliniques ou de laboratoire recueillir, etc.) ;
- guider son analyse par étapes successives (p.ex. quelles questions soulever à propos des indications, des effets secondaires des médicaments, de l'insuffisance rénale, etc.) ;
- rappeler les problèmes parfois oubliés lors de l'analyse des dossiers (p.ex. médicaments « personnels » du patient, syndrome parkinsonien iatrogène, traitements antérieurs maintenus sans raison, etc.)

L'aide-mémoire aurait également une utilité didactique pour des étudiants ou des pharmaciens en formation post-graduée.

## Document élaboré :

L'aide-mémoire projeté a pris l'aspect d'une « check-list » de 4 pages. Son contenu s'inspire à la fois de descriptifs publiés dans la littérature et de l'expérience de pharmaciens rapportant des oublis lors d'interventions cliniques. Le document se veut synthétique mais non exhaustif. Il énumère par rubriques simples, assorties d'exemples ou de brèves listes, les principales questions à poser au cours de l'analyse des traitements. L'ordre des sujets suit une progression calquée sur la démarche du pharmacien étudiant un dossier patient. La check-list reste un fil rouge qui ne remplace pas le travail de recherche et de documentation (revue systématique de la médication, recherche d'interactions, etc.)

### Pharmacie clinique - Check-list Phel

#### 1. Infos administratives

- Nom prénom
- Année de naissance
- Chambre, lit

#### 2. Données cliniques

- Poids (évolution depuis l'entrée ?)
- Taille pour formule (BIA)
- Motifs d'hospitalisation
- Diagnostic
- Suivi infirmier
  - TA
  - Fonction intestinale
  - Température
  - Glycémie
  - Déglutition ?
- Pathologies diagnostiquées, antécédents, co-morbidités ?
  - Asthme
  - Diabète
  - Epilepsie
  - Arco
  - Anabes
  - Fx
  - Epqatse
  - Parkinson
  - Tabac
  - OH
  - Narkosmanie, abus

#### 3. Labo

- Créatinine →  Cl<sub>CR</sub> (Cockcroft & Gault ou MDRD)
- Potassium
- Sodium
- CRP
- INR (à mettre en relation avec le schéma possible des anticoagulants)
- Tests hépatiques
- Fer et hémoglobine
- Fonction thyroïdienne
- Taux sanguin de médicaments (TDM monitoring p.ex. digoximide, antiepileptiques, etc.)
- Antibiogramme
- Glycémie (voir év. S2 Suivi infirmier ?)

#### Médicaments prescrits à l'hôpital (suite)

- Contre-indications, précautions d'emploi
  - Allergies, intolérances ?
  - Problèmes liés à l'âge ? (⊖ digoxine 0,25 mg/j, BZD, ANS, diurétiques)
  - Pathologie cardiovasculaire, arythmies ? (⊖ CF drugs → p.r. effets II)
  - Antécédents ulcères gastro-duodénaux ? (⊖ ANS)
  - Epilepsie ? (⊖ tramadol, neuroleptiques, antidépresseurs, etc.)
  - Cumul de sédatifs ? (risque de chute)
  - Influence des diarrhées/vomissements sur ttt ? (antiepileptiques)
  - Fonctions organiques à surveiller ? (p.ex. thyroïde sous amiodarone)
  - Formule sanguine à vérifier ? (p.ex. clozapine)
  - Taux sanguin à contrôler ? (p.ex. digoxin)
  - Glaucome ? (⊖ anticholinergiques, antidépresseurs, corticostéroïdes)
- Fonctions rénale et hépatique (biliaire)
  - Adaptation doses si IR ?

acyclovir	féofibrate	insuline	midazolam*
allopurinol	fluoxétine	lithium	morphine*
amphotéricine B iv	gabapentine	metformine	opioïdes
azathioprine	ganciclovir	paraldehyde	spironolactone
digoxine	ganciclovir	méthocarbamol	vancomycine etc.

\* = métabolites actifs/bioactifs principalement par voie rénale

#### 4. Antécédents médicamenteux

- Différents Traitement à l'entrée/traitement en cours ?
- Compliance ?
- Allergies, intolérances ? (noté dans dossier médical ?)

#### 5. Médicaments prescrits à l'hôpital

- Clarté du libellé
- Indications
  - Cumuls ? (BZD, IPP-antacides, HBPM-Sitrom si INR cible atteint, etc.)
  - Effets secondaires intéressants et anesthésie ? (IPP contre ulcères de stress, etc.)
  - Efficacité discutable ? (anticholinergiques dans dépression avouée, etc.)
  - Tit = manquants ? (statifs et doses de réserve si opioïdes, calcium D3 si hypophosphatés ou corticostéroïdes à long terme, etc.)
  - Réserves non administrées (encore utiles ?)
  - HBPM en prévention alors que le patient est « mobile » ?
  - Valeurs labo revenues à la normale mais tit correct poursuivi ? (K<sup>+</sup>, Nr, etc.)
- Mode d'administration, dosage, posologie, durée ?
  - Sur/sous dosage ?
  - Forme galénique adéquate, conforme à posologie ? (cp, retard, CR, etc.)
  - Heure et mode de prise OK ? (à jeun ? avec/pendant les repas ?)
  - Fréquence des prises OK ? (conforme à la pharmacocinétique ?)
  - Switch injectable/oral possible ?
  - Durée de traitement à préciser ? (antibiotique ?)
  - Dose de charge ou d'entretien ? (glibenclamide, amiodarone, etc.) ?
  - Schémas progressifs ou dégressifs ? (gabapentine, stéroïdes, etc.) ?
- Interactions
  - Inhibiteurs / Inducteurs / Substrats cytochromes P450 ?
  - Sévérité ? (ex. comparer les programmes d'analyse d'IA)
  - Début, durée de l'IA (amiodarone) ?
  - Alternatives ?
  - Antagonisme pharmacologique (β-bloquants/β2-adrénergiques ?)

#### Médicaments prescrits à l'hôpital (suite)

- Effets indésirables
  - Symptômes d'allergie liés au ttt ?
  - Troubles électrolytiques favorisés par médicaments ? (diurétiques)
  - Crampes, myalgies ? (diurétiques, statins)
  - Troubles thyroïdiens ? (amiodarone)
  - Problèmes sanguins ? (clozapine, NevoLine®, etc.)
  - Problèmes métaboliques ? (diabète induit par les corticostéroïdes, hyperglycémie sous sulfamides, etc.)
  - Troubles CI ? (anticholinergiques, ANS, et effervescent, etc.)
  - Problèmes d'arrêt ou de suspension de ttt ? (⊖ bêta-bloquants, sevrage)
  - Nausées & vomissements ? (opioïdes, SSRIs, etc.)
  - Syndrome parkinsonien iatrogène ?

amidalgine	flunarizine	prométhazine
anticholinergiques	metoprolol	vérapamil
atrazolam	neuroleptiques	SSRIs (SSRIs), etc.
- Risque d'intervalle « QT long » de torsades de pointes ?
  - amiodarone
  - amilorone
  - chloroquine
  - méthadone
- Problèmes de substitution (rapport à tit antérieurs)
  - Equivalence original/générique OK ?
  - Equivalence thérapeutique OK ?
- Médicaments risquant d'être « oubliés » dans l'évaluation
  - Aérosols ? (anticholinergiques, etc.)
  - Patchs transdermiques ? (nitroglycérine, scopolamine, opioïdes, etc.)
  - Topiques à effet systémique possible ? (nitroglycérine, collyres, etc.)
  - Médicaments « de patient » ? (antidépresseurs, contraceptifs, etc.)
- Alternatives à médicaments hors-liste ou chers
  - Voie injectable chère. Voie orale possible ? (ex. Ferfolgan®, antibiotiques)
  - Antibiotiques iv moins chers ? (ex. ceftriaxone, Flagyl®/metronidazole)
  - Equivalence thérapeutique ou générique si prescription HL ?
  - Rappel raison du choix de la Commission des médicaments

Informations à recueillir dans le dossier médical ou infirmer du patient. L'accent est mis sur des paramètres et symptômes en relation possible avec le traitement médicamenteux.

Les valeurs de laboratoire auxquelles prêter attention en effet médicamenteux thérapeutique ou indésirable ou qui signalent une pathologie susceptible d'être traitée.

Les tableaux ne sont pas exhaustifs. Ne sont mentionnés que les molécules les plus problématiques.

La check-list ne remplace pas la recherche systématique des interactions.

Le degré de gravité des interactions décelées peut varier d'un logiciel à l'autre. Des comparaisons sont parfois utiles.

Le type de réaction enzymatique (induction ou inhibition) ainsi que le temps d'élimination des médicaments impliqués influencent la durée d'interaction.

L'effet systémique de certains rayons n'est pas négligeable (p.ex. bronchodilatateurs β2-adrénergiques).

Médicaments (phytothérapie, aromathérapie, etc.) utilisés sans contrôle par le patient, préventivement, mais au potentiel d'interactions réel.

Les prescripteurs sont incités à privilégier les médicaments figurant sur la liste de l'hôpital et à prêter attention aux coûts.

Les antibiotiques « dernier cri » ou aux spectres d'action les plus larges sont souvent les plus chers (sans parler du risque d'augmentation des résistances). Un anti-infectieux à spectre plus modeste (et de moindre coût) suffit souvent pour traiter l'infection décelée.

Les décisions des Commissions des médicaments s'appuient sur des arguments scientifiques, économiques, etc. qu'il est souvent utile de rappeler.

**Conclusion :** La check-list proposée n'est pas un document figé. Elle offre aux pharmaciens cliniciens un repère mnémotechnique susceptible d'être adapté à leurs besoins et habitudes. Un tel instrument deviendra d'autant plus utile qu'il sera éprouvé par la pratique et s'enrichira d'améliorations concrètes. Il pourrait aussi, une fois rôdé et réévalué, se transformer en outil informatisé.