

Comment je traite une hyperactivité vésicale ?

Particularités de la prise en charge pharmacologique chez les patientes âgées

Pr. Pierre Olivier LANG

Formation continue de la médecine de la personne âgée

Jeudi 15 juin 2017

CHUV, Lausanne, Suisse

COMMENT JE TRAITE L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE ?

Particularités de la prise en charge pharmacologique chez les patientes âgées

- Présenter les évidences concernant les traitements pharmacologiques
- Apporter une vision « globale » des implications de la prescription médicamenteuse
 - Bénéfices / Risques – Effets indésirables
 - Bénéfices / Risques – Interactions médicament-médicament
 - Bénéfices / Risques – Interaction médicament-comorbidité
- Présenter une démarche de prise en charge des patient(e)s âgé(e)s complexes
- Pour finalement montrer que la prise en charge doit être « personnalisée »

Quizz 3

Quel est l'élément qui n'est pas en faveur d'un syndrome d'hyperactivité vésicale ?

- A. pollakiurie
- B. incontinence urinaire à l'effort
- C. besoin impérieux
- D. brûlures mictionnelles

Madame PP, 78 ans – suivie depuis 2012

ANAMNÈSE

Selon l'époux

- une pollakiurie
- parfois des accidents quand elle tarde trop
- pas de fuites à la toux
- petite gêne en fin de miction



ANTÉCÉDENTS

Gynécologique

- 1964 : 3 enfants – triplés (AVB?)
1989 : Hystérectomie + ovariectomie

Cardiovasculaire

- 2008 : FA permanente
2007 : HTA

Digestif

- 2005 : Prolapsus anal opéré
2016 : Hypotonie sphinctérienne

Orthopédique

- 2015 : PTH + luxation

Gériatrique

- 2015 : ECA x

COMMENT JE TRAITE L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE ?

Particularités de la prise en charge pharmacologique chez les patientes âgées

DANS TOUS LES CAS

- Identification des facteurs contributifs dont médicaments (pro-cognitifs, diurétiques)
- Modifications du style de vie
 - Perte de poids améliore significativement (stress>urge)
 - Qualité des boissons – améliore significativement
 - Constipation – améliore significativement
 - Tabac – impact non significatif
- Renforcement des muscles du plancher pelvien
- Rééducation vésical (calendrier de vidange, 6 semaines, urge +++)

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Si échec ou insuffisance de résultat avec traitement conservateur

Tableau 4. Interventions comportementales pouvant influencer l'incontinence urinaire

Mesures comportementales	
Habitudes de vie	Stop tabac, activité physique régulière, alimentation équilibrée et suffisante (malnutrition)
Hydratation	Boire 1,5-2 l/jour, limiter les boissons le soir (2,5 dl au souper), éviter les boissons pouvant irriter le détrusor (café, thé, alcool)
Transit intestinal	Traitement de la constipation, alimentation riche en fibres, respecter le besoin
Schéma WC	Aller aux WC à heures fixes et avant de sortir

Ernst V et al. Rev Med Suisse 2015

COMMENT JE TRAITE L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE ?

Particularités de la prise en charge pharmacologique chez les patientes âgées

DANS TOUS LES CAS

- Identification des facteurs contributifs dont médicaments (pro-cognitifs, diurétiques)
- Modifications du style de vie
 - Perte de poids améliore significativement (stress>urge)
 - Qualité des boissons – améliore significativement
 - Constipation – améliore significativement
 - Tabac – impact non significatif
- Renforcement des muscles du plancher pelvien
- Rééducation vésical (calendrier de vidange, 6 semaines, urge +++)

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Si échec ou insuffisance de résultat avec traitement conservateur
- Antimuscariniques (6 molécules disponibles en Suisse)

Tableau 4. Interventions comportementales pouvant influencer l'incontinence urinaire

Mesures comportementales	
Habitudes de vie	Stop tabac, activité physique régulière, alimentation équilibrée et suffisante (malnutrition)
Hydratation	Boire 1,5-2 l/jour, limiter les boissons le soir (2,5 dl au souper), éviter les boissons pouvant irriter le détrusor (café, thé, alcool)
Transit intestinal	Traitement de la constipation, alimentation riche en fibres, respecter le besoin
Schéma WC	Aller aux WC à heures fixes et avant de sortir

Ernst V et al. Rev Med Suisse 2015

COMMENT JE TRAITE L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE ?

Particularités de la prise en charge pharmacologique chez les patientes âgées

DANS TOUS LES CAS

- Identification des facteurs contributifs dont médicaments (pro-cognitifs, diurétiques)
- Modifications du style de vie
 - Perte de poids améliore significativement (stress>urge)
 - Qualité des boissons – améliore significativement
 - Constipation – améliore significativement
 - Tabac – impact non significatif
- Renforcement des muscles du plancher pelvien
- Rééducation vésical (calendrier de vidange, 6 semaines, urge +++)

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Si échec ou insuffisance de résultat avec traitement conservateur
- Antimuscariniques (6 molécules disponibles en Suisse)
 - Efficacité similaire
 - Les formulations à libération immédiate sont plus efficaces sur la continence à des moments précis
 - Toujours commencer par la plus petite dose, titration progressive (2-6 semaines selon tolérance)
 - Si inefficace mais bonne adhérence alors changement d'antimuscarinique ou de classe

Tableau 4. Interventions comportementales pouvant influencer l'incontinence urinaire

Mesures comportementales	
Habitudes de vie	Stop tabac, activité physique régulière, alimentation équilibrée et suffisante (malnutrition)
Hydratation	Boire 1,5-2 l/jour, limiter les boissons le soir (2,5 dl au souper), éviter les boissons pouvant irriter le détrusor (café, thé, alcool)
Transit intestinal	Traitement de la constipation, alimentation riche en fibres, respecter le besoin
Schéma WC	Aller aux WC à heures fixes et avant de sortir

Ernst V et al. Rev Med Suisse 2015

Quizz 4

Le traitement médical par un anticholinergique peut entraîner les effets secondaires suivants sauf un ?

- A. sensation de bouche sèche
- B. céphalées
- C. constipation
- D. rétention urinaire aiguë

Tableau 6. Comparaison des traitements anticholinergiques disponibles pour traiter l'incontinence sur instabilité du détrusor

IR: insuffisance rénale définie ici par clairance < 30 ml/min; IH: insuffisance hépatique (sévère = Child Pugh C); ttt: traitement concomitant; GI: gastro-intestinal; HBP: hyperplasie bénigne de la prostate; NNT: number needed to treat.

Médicaments	Oxybutynine		Toltérodine	Trospium		Solifénacine	Darifénacine	Fésotérodine
Marque	Ditropan 5 mg	Kenetra patch 3,9 mg/24 h	Detrusitol ret/ Toltérodine ret 2 et 4 mg	Spasmex 20 mg	Spasmo- urgénine 20 mg	Vesicare 5 et 10 mg	Emselex ret 7,5 et 15 mg	Toviaz ret 4 et 8 mg
Indications	Incontinence urinaire d'urgence, impériosités, pollakiurie (vessie neurogène, hyperactive)							
Dosage, initiation	1 cp 2- 3x/jour à max 4x/jour	1 patch 2x/sem	4 mg/jour, 2 mg si IR ou IH	2x/jour, si IR: 1 x/2 jour à 1 x/jour (le soir)	2x/jour	5-10 mg 1 x/jour, si IR ou IH modérée: 5 mg/jour	7,5 mg à 15 mg/ jour après 2 semaines	4-8 mg 1 x/jour (IR ou IH légère: 4 mg/jour)
NNT (IC 95%) pour améliorer l'incontinence	6 (4-11)		10 (7-24)	Pas significatif		6 (4-10)	9 (6-18)	10 (7-18)
NNT (IC 95%) pour obtenir continence	9 (6-16)		12 (8-25)	9 (7-12)		9 (6-17)	Pas de données	8 (6-11)
Contre- indications	Glaucome à angle fermé, tachy-arythmie, myasténie, troubles de la miction d'origine organique (rétention urinaire, sténose des voies urinaires, HBP), dysfonction GI sévère (rétention gastrique, iléus paralytique, mégacôlon toxique, colite ulcéreuse grave), pollakiurie et nycturie d'origine cardiaque ou rénale							
	Pas de données pour IR, IH	Prudence si IR, IH			Prudence si IR, IH	Ttt fort inhibiteur du CYP3A4 + IR ou IH sévère	Ttt fort inhibiteur CYP3A4 ou CYP2D6, IH sévère	Ttt fort inhibiteur du CYP3A4 ± IR/IH sévère
Effets indésirables	Sécheresse buccale, constipation, inconfort gastro-Intestinal, vision trouble, état confusionnel/delirium, tachycardie; effets indésirables diminués avec les formes retard							
Prix en CHF par jour	0,85.– à 1,30.–	16,45.–/ semaine (ou 2,35.–/ jour)	2,15.–; resp 1,70.–	0,30 (si IR) à 1,20.–	1,50.–	1,80 à 3,55.–	2,15.– (pour les 2 dosages)	2,10 à 4,20.–

MOLÉCULE	Sécheresse buccale	Constipation	Vertiges	Somn.	Âge	QT	CYP	Insuff. Hépatique	Insuff. Rénale
Darifenacine ER, 7.5 et 15 mg	9-35 %	15-21 %					3A4*	↓ dose CI si sévère	
Fesoterodine ER, 4 et 8 mg	19-35 %	4-6 %					3A4*		↓ dose CI si sévère
Oxybutynine IR, 5 mg	71 %	9 %	17 %	14 %	Mauvaise tolérance ↓ dose				
Oxybutynine ER, 5, 10 et 15 mg	35 %	9 %		6 %	Meilleure tolérance				
Oxybutynine Gel 3 %	2-12 %	1 %							
Oxybutynine Gel 10 %	2-12 %	1 %							
Oxybutynine Patch 3.9 mg	2-12 %	1 %							
Solifenacine 5 et 10 mg	11-28 %	5-13 %				All.	3A4*	↓ dose si modérée	↓ dose si sévère
Tolterodine ER, 2 et 4 mg	23-35 %	6-7 %				All.	3A4* 2D6	↓ dose si modérée CI si sévère	↓ dose CI si sévère
Tolterodine IR, 1 et 2 mg	23-35 %	6-7 %				All.	3A4* 2D6	↓ dose si modérée CI si sévère	↓ dose CI si sévère
Trospium ER, 60 mg	9-22 %	9-10 %					NON		↓ dose CI si sévère
Trospium IR, 20 mg	9-22 %	9-10 %					NON		↓ dose CI si sévère

COMMENT JE TRAITE L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE ?

Particularités de la prise en charge pharmacologique chez les patientes âgées

DANS TOUS LES CAS

- Identification des facteurs contributifs dont médicaments (pro-cognitifs, diurétiques)
- Modifications du style de vie
 - Perte de poids améliore significativement (stress>urge)
 - Qualité des boissons – améliore significativement
 - Constipation – améliore significativement
 - Tabac – impact non significatif
- Renforcement des muscles du plancher pelvien
- Rééducation vésical (calendrier de vidange, 6 semaines, urge +++)

Tableau 4. Interventions comportementales pouvant influencer l'incontinence urinaire

Mesures comportementales	
Habitudes de vie	Stop tabac, activité physique régulière, alimentation équilibrée et suffisante (malnutrition)
Hydratation	Boire 1,5-2 l/jour, limiter les boissons le soir (2,5 dl au souper), éviter les boissons pouvant irriter le détrusor (café, thé, alcool)
Transit intestinal	Traitement de la constipation, alimentation riche en fibres, respecter le besoin
Schéma WC	Aller aux WC à heures fixes et avant de sortir

Ernst V et al. Rev Med Suisse 2015

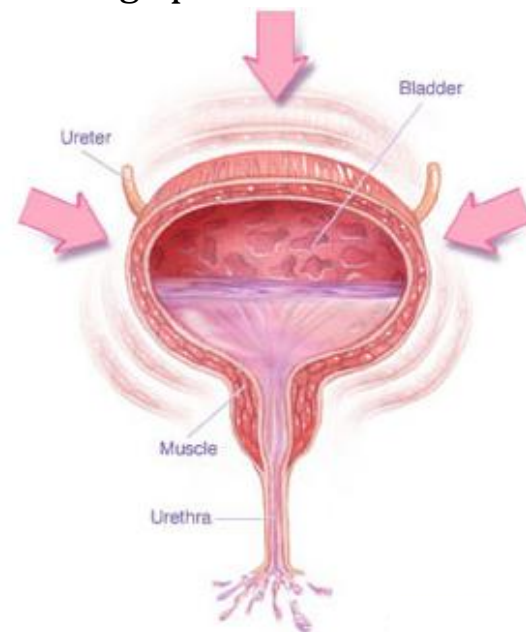
TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Si échec ou insuffisance de résultat avec traitement conservateur
- Antimuscariniques (6 molécules disponibles en Suisse)
 - Efficacité similaire
 - Les formulations à libération immédiate sont plus efficaces sur la continence à des moments précis
 - Toujours commencer par la plus petite dose, titration progressive (2-6 semaines selon tolérance)
 - Si inefficace mais bonne adhérence alors changement d'antimuscarinique ou de classe
- Mirabégron = agoniste des récepteurs β_3 adrénergique (Betmiga®)

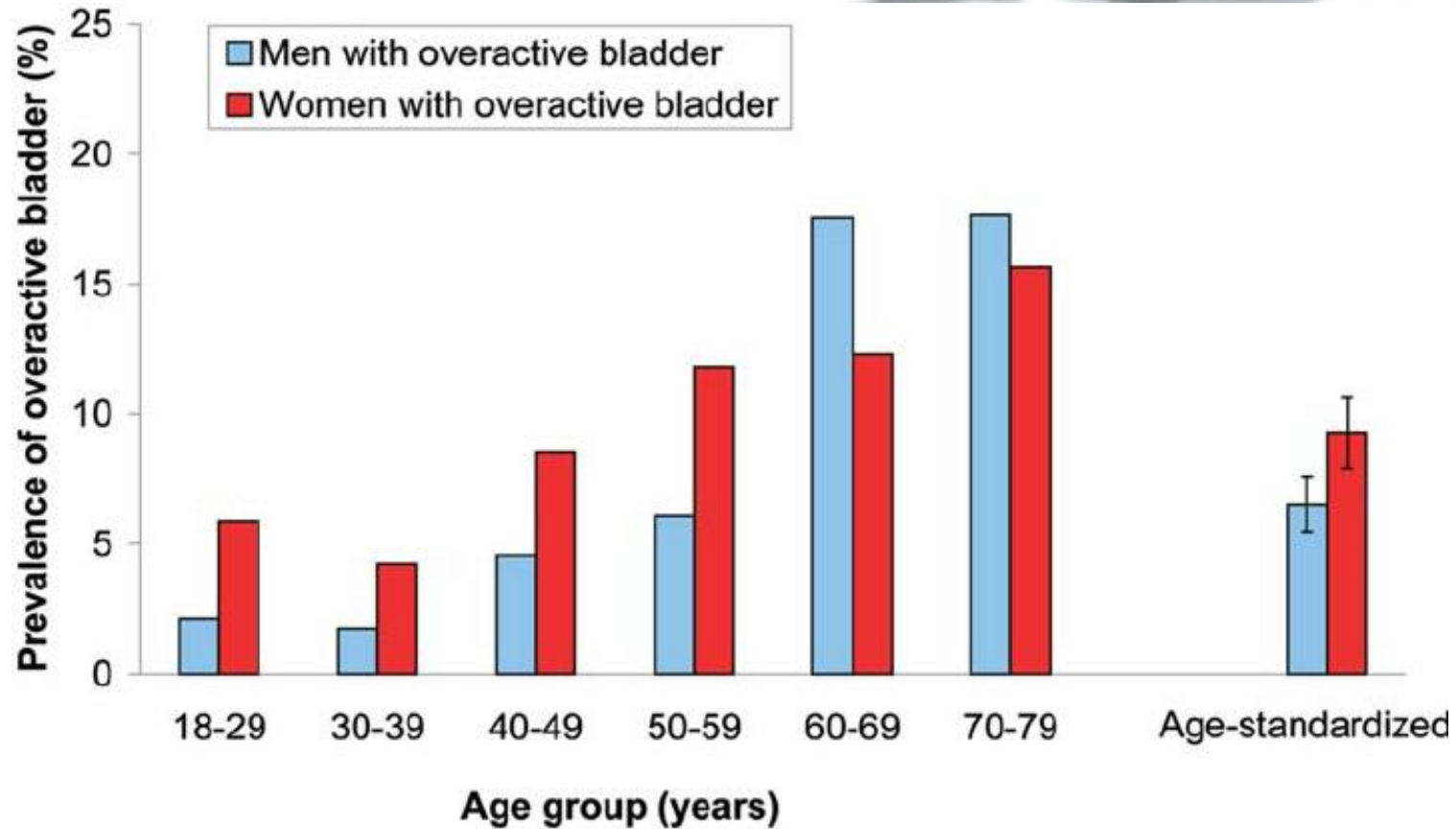
AGONISTES DES RÉCEPTEURS β_3 -ADRÉNERGIQUE

MIRABÉGRON (BETMIGA®)

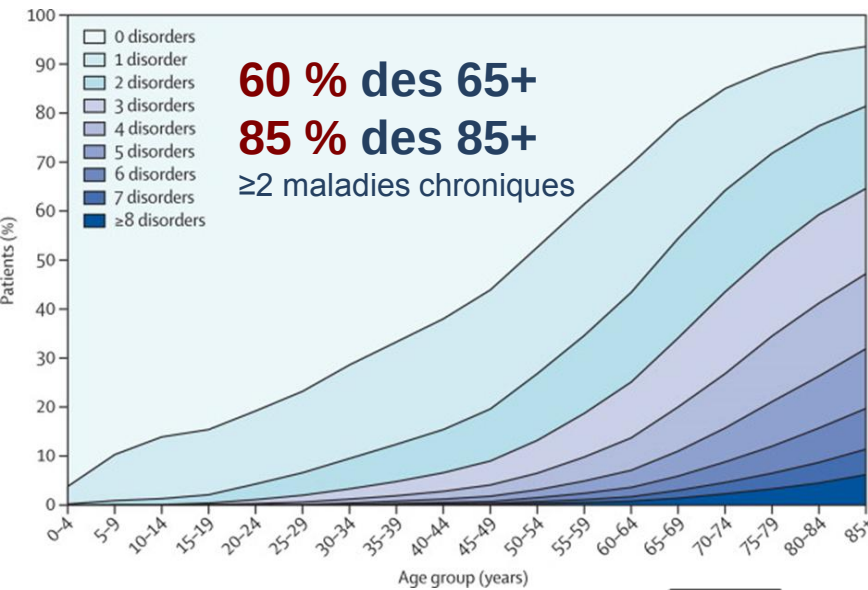
- Mode d'action = relâchement du detrusor durant la phase de remplissage
- Efficacité similaire aux antimuscariniques
 - Amélioration de l'incontinence (NNT 9; IC95 % : 6-17)
 - Rétablissement de la continence (NNT 12; IC95 % : 7-29)
- Pas d'effet anticholinergiques (mais sécheresse buccale, constipation, somnolence, vertiges +)
- Moins d'impact sur la qualité de contraction du detrusor
- Association possible avec les antimuscariniques – **ATTENTION À LA RÉTENTION**
- Commencer à la plus faible dose (25 mg) et majorer au besoin à 50 mg après 2-4 semaines
- Effets indésirables :
 - Hypertension artérielle
 - Tachycardie
 - Rétention urinaire et infections urinaires
 - Nasopharyngites
- Métabolisme
 - Inhibiteur modéré du CYP2D6, métabolisme par CYP3A4
 - Élimination rénale



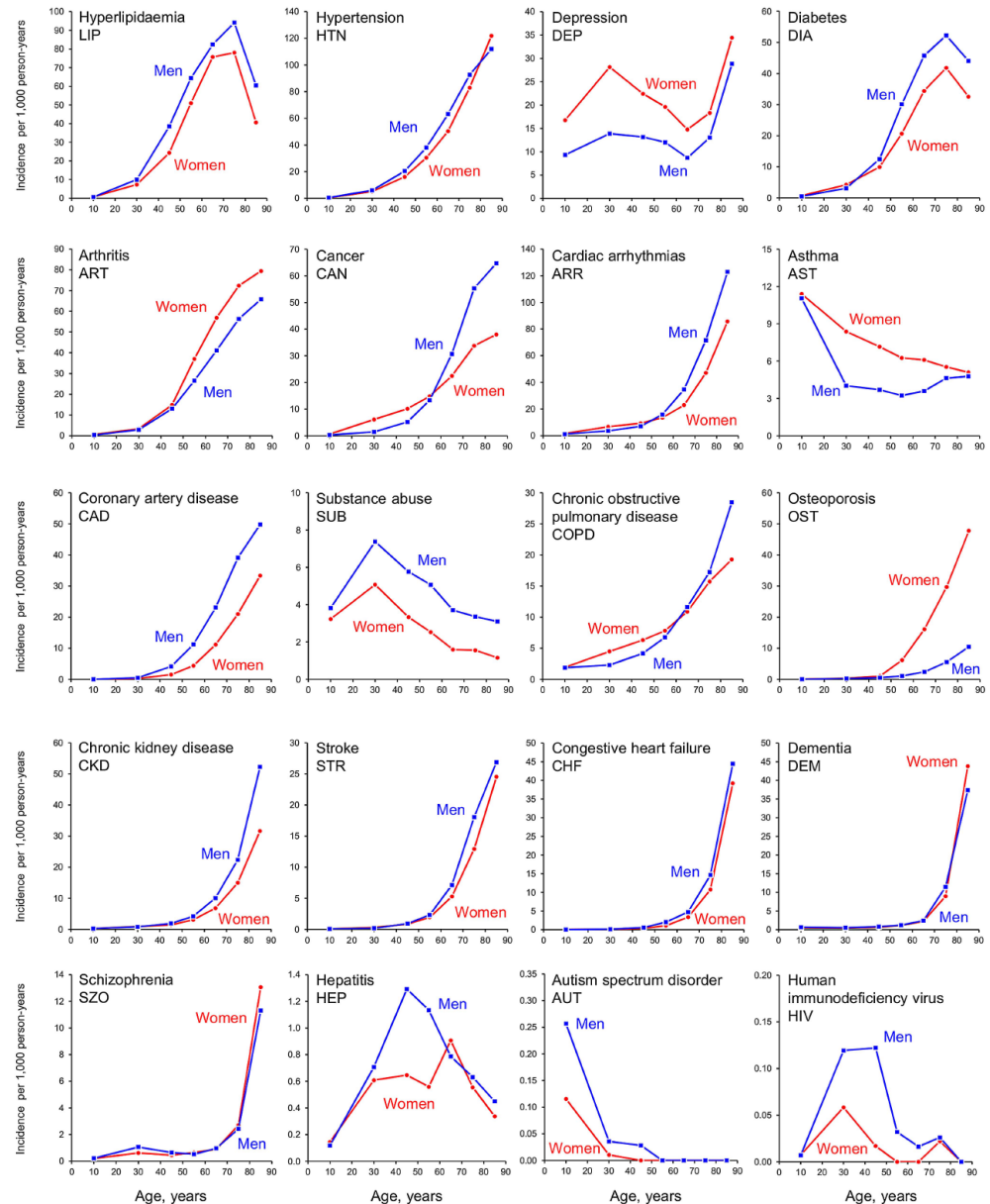
Prise en charge pharmacologique
chez les femmes âgées



PATIENTS ÂGÉS ET POLYPHARMACIE

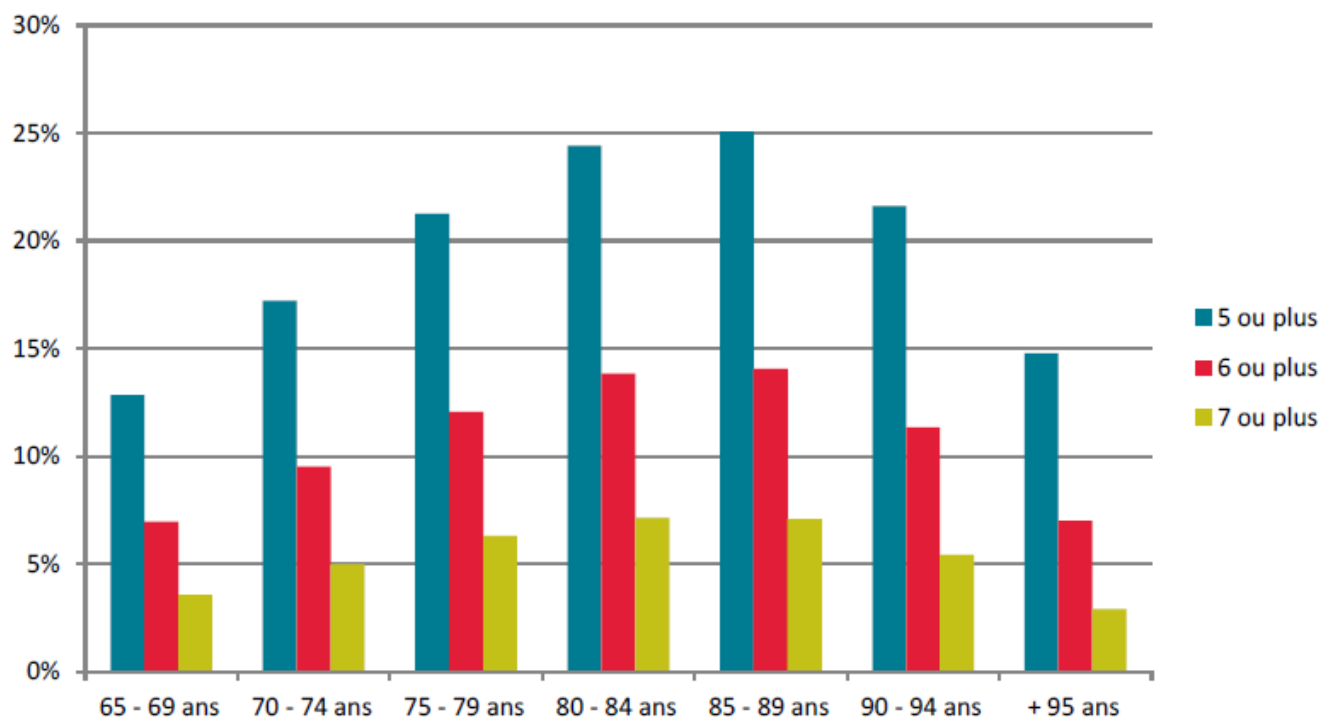


“Is there a pill I can take to feel better about all the pills I take?”



LA RÉALITÉ D'HIER, AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN – QUELQUES CHIFFRES

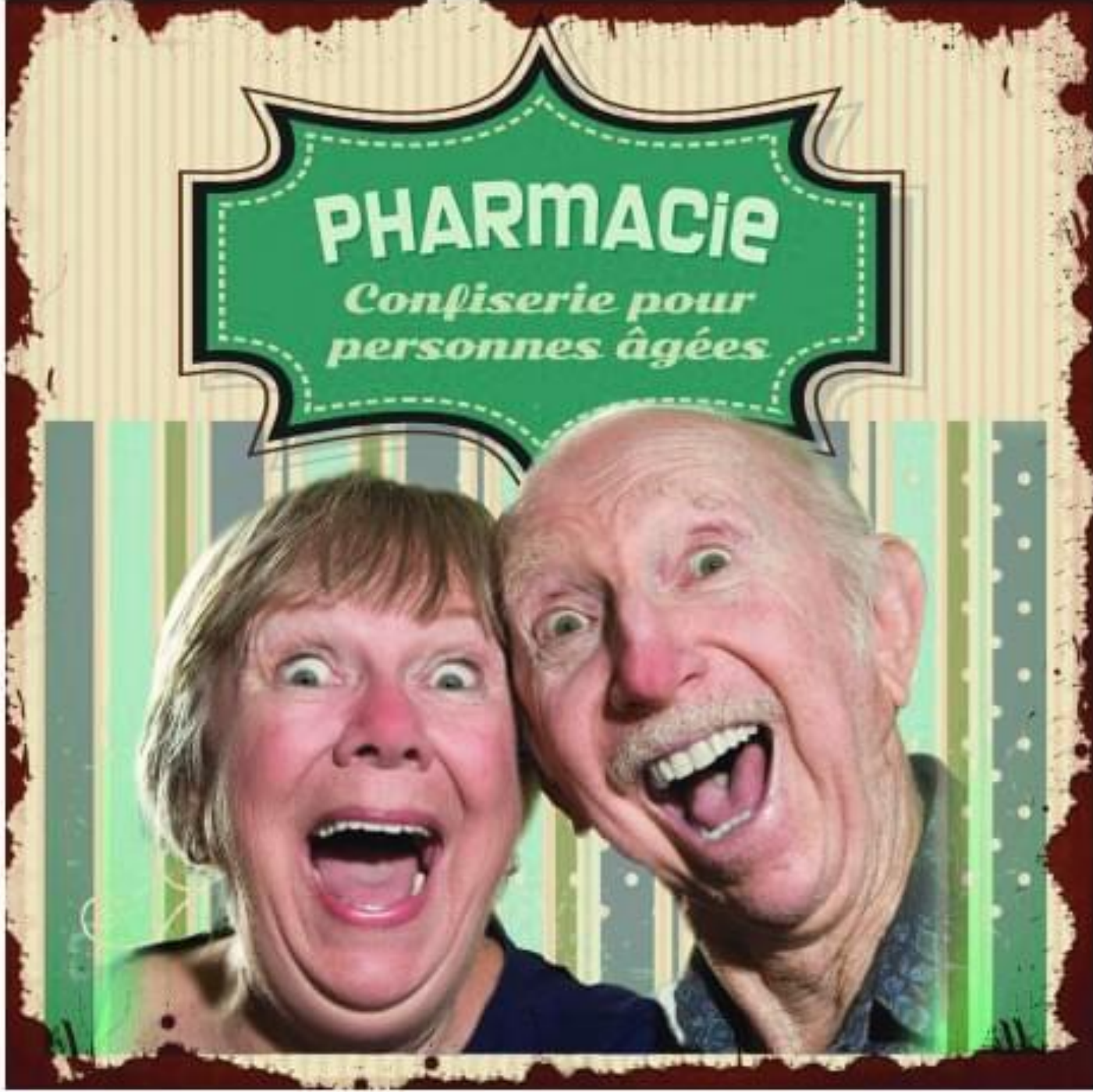
Graphique 3 - Pourcentage de patients par nombre de médicaments utilisés de manière chronique et par catégorie d'âge (au niveau ATC-3)



Sous-estimation, car méconnaissance des médicaments OTC
(benzodiazépines, laxatifs, paracétamol, aspirine ... exclus)

50 % de la population générale

MALGRÉ LES MODIFICATIONS
PHARMACOCINÉTIQUES

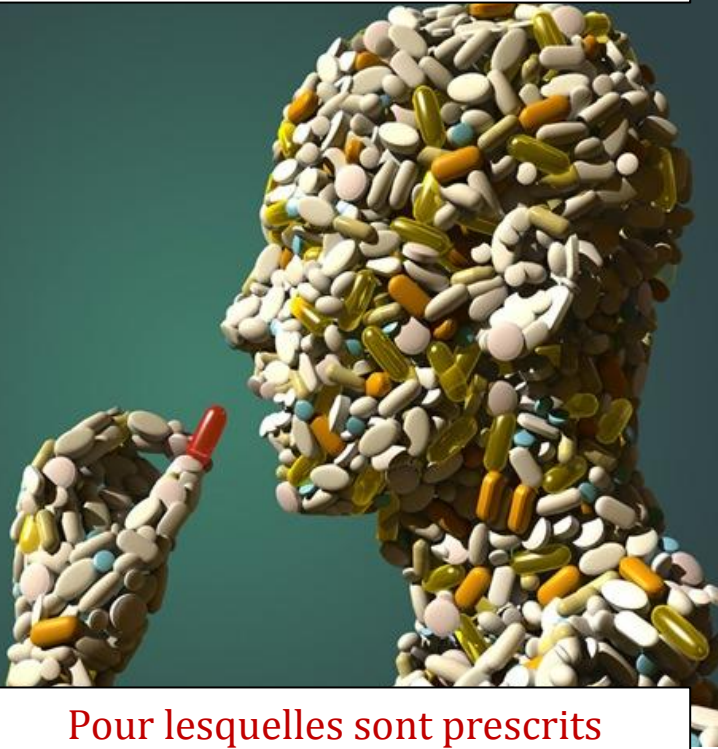


MALGRÉ LES MODIFICATIONS
PHARMACODYNAMIQUES

PATIENTS ÂGÉS ET POLYPHARMACIE

LES CONSÉQUENCES

DE MULTIPLES COMORBIDITÉS



Pour lesquelles sont prescrits
DE MULTIPLE MÉDICAMENTS

Interactions médicament-médicament

Interactions médicament-comorbidités

Effets indésirables

Erreurs

FAIBLE ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

PRESCRIPTIONS INAPPROPRIÉES

« CASCADES » DE PRESCRIPTION

Chutes

Confusion-delirium

Hémorragies

Insuffisance rénale

Décès

Admission EMS

Hospitalisations

EIM

Boyd CM et al. JAMA 2005

Payne RA et al. Neur J Clin Pharmacol 2014

St Sauver JL et al. BMJ Open 2015

Steinman MA. JAMA 2016

SYSTEMATIC REVIEW

The Association Between Anticholinergic Medication Burden and Health Related Outcomes in the ‘Oldest Old’: A Systematic Review of the Literature

Karen Cardwell¹ · Carmel M. Hughes¹ · Cristín Ryan^{1,2}

Key Points

Anticholinergic medications exhibit a wide spectrum of adverse effects, particularly in older people.

Increased exposure to anticholinergic medication is associated with cognitive impairment, physical impairment and an increased frequency of falls.

Multiple Anticholinergic Medication Use and Risk of Hospital Admission for Confusion or Dementia

Lisa M. Kalisch Ellett, PhD, Nicole L. Pratt, PhD, Emmae N. Ramsay, MClinEpi, John D. Barratt, B Pharm, and Elizabeth E. Roughead, PhD

Table 3. Effect of Total Number of Anticholinergic Medications Taken on Risk of Hospitalization for Confusion or Dementia

Number and Rate of Hospital Admissions	Number of Anticholinergic Medications			
	0	1	2	≥3
Hospital admissions, n ^a	368	220	51	7
Person-years	30,474	15,824	1,680	161
Rate per 10 years (95% CI)	0.12 (0.11–0.13)	0.14 (0.12–0.16)	0.30 (0.23–0.40)	0.43 (0.21–0.91)
IRR (95% CI)	1.00 (1.00–1.00)	1.15 (0.97–1.36)	2.51 (1.87–3.37)	3.58 (1.69–7.58)
Adjusted IRR (95% CI) ^b	1.00 (1.00–1.00)	1.17 (0.99–1.39)	2.58 (1.91–3.48)	3.87 (1.83–8.21)

CI = confidence interval; IRR = incidence rate ratio.

^aHospital admissions were identified over a 2-year period (July 1, 2010 to June 30, 2012).

^bAdjusted for age, sex, socioeconomic index for areas, time-varying comorbidities, number of medications, prescribers, specialist visits, and prior hospitalizations.

From: Cumulative Use of Strong Anticholinergics and Incident Dementia: A Prospective Cohort Study

JAMA Intern Med. 2015;175(3):401-407. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7663

Table 2. Any and Cumulative Anticholinergic Use During the Study Period

Medication Class	All Participants, No. (%) (N = 3434) ^a	Total TSDDs Filled (% of All TSDDs) ^b
Antihistamines	2224 (64.8)	1 158 404 (17.2)
Gastrointestinal tract antispasmodics	1566 (45.6)	365 141 (5.4)
Antivertigo agents/antiemetics	1433 (41.7)	154 488 (2.3)
Antidepressants	1352 (39.4)	4 241 590 (63.1)
Bladder antimuscarinics	668 (19.5)	702 825 (10.5)
Skeletal muscle relaxants	175 (5.1)	20 274 (0.3)
Antipsychotics	38 (1.1)	45 888 (0.7)
Antiarrhythmics	22 (0.6)	31 249 (0.5)
Antiparkinsonians	12 (0.3)	1615 (0.02)
Total		6 721 473 (100)

Abbreviation: TSDD, total standardized daily dose.

^a Indicates the number of participants with at least 1 fill for a medication in the category at any time during the follow-up period. Participants may have fills in multiple drug categories, so the percentages do not total 100%.

^b Calculation of the TSDD is described in Table 1. A participant's study period included the 10 years before study entry through the time they were diagnosed as having dementia or censored. We summed the TSDDs for all participants for their entire study period. We have rounded numbers for individual medication classes.

Table 3. Association of Incident Dementia and AD With 10-Year Cumulative Anticholinergic Use^a

Diagnosis, TSDD ^b	Follow-up Time, Person-years	No. of Events	HR (95% CI)	
			Unadjusted ^{c,d}	Adjusted ^{d,e}
Dementia				
0	5618	136	1 [Reference]	1 [Reference]
1-90	7704	203	0.96 (0.77-1.20)	0.92 (0.74-1.16)
91-365	5051	172	1.31 (1.04-1.65)	1.19 (0.94-1.51)
366-1095	2626	102	1.39 (1.07-1.82)	1.23 (0.94-1.62)
>1095	4022	184	1.77 (1.40-2.23)	1.54 (1.21-1.96)
AD				
0	5618	112	1 [Reference]	1 [Reference]
1-90	7704	168	0.96 (0.75-1.24)	0.95 (0.74-1.23)
91-365	5051	128	1.21 (0.93-1.58)	1.15 (0.88-1.51)
366-1095	2626	83	1.38 (1.03-1.85)	1.30 (0.96-1.76)
>1095	4022	146	1.73 (1.34-2.24)	1.63 (1.24-2.14)

Abbreviations: AD, Alzheimer disease; HR, hazard ratio; TSDD, total standardized daily dose.

^a Observations with missing adjustment variables are excluded from the model (115 observations [3.3%]).

^b Calculation of the TSDD is described in Table 1.

^c Adjusted for age via the time axis.

^d $P < .001$, test for trend, for an association between exposure categories and each outcome.

^e Adjusted for Adult Changes in Thought (ACT) study cohort, age (via the time axis), age at entry into the ACT study, sex, educational level, body mass index, current smoking, regular exercise, self-rated health, hypertension, diabetes mellitus, stroke, coronary heart disease, Parkinson disease, history of depressive symptoms, and current benzodiazepine use.

Étape 1

IDENTIFICATION DU PROBLÈME PRINCIPAL

Anamnèse, examens clinique et fonctionnels,
éventuellement examens complémentaires

Étape 2

IDENTIFICATION des préférences du patient

Étape 3

DÉFINITION

Des objectifs de prise en charge les
plus pertinents pour le patient

Étape 4

ESTIMATION

de l'espérance de vie du patient

**PRISE EN CHARGE
D'UN PATIENT ÂGÉ
(polymorbidité +
polypharmacie)**

Étape 7

COMMUNICATION ET DISCUSSION avec le patient

Étape 6

RÉVISION/PRESCRIPTION

de la médication et
du plan de prise en charge

Étape 5

IDENTIFICATION

des données probantes de la littérature

MODÈLE : *patient – événements fonctionnels*

Madame PP, 78 ans – suivie depuis 2012

ANAMNÈSE

Selon l'époux

- une pollakiurie
- parfois des accidents quand elle tarde trop
- pas de fuites à la toux
- petite gêne en fin de miction



ANTÉCÉDENTS

Gynécologique

- 1964 : 3 enfants – triplés (AVB?)
1989 : Hystérectomie + ovariectomie

Cardiovasculaire

- 2008 : FA permanente
2007 : HTA

Digestif

- 2005 : Prolapsus anal opéré
2016 : Hypotonie sphinctérienne

Orthopédique

- 2015 : PTH + luxation

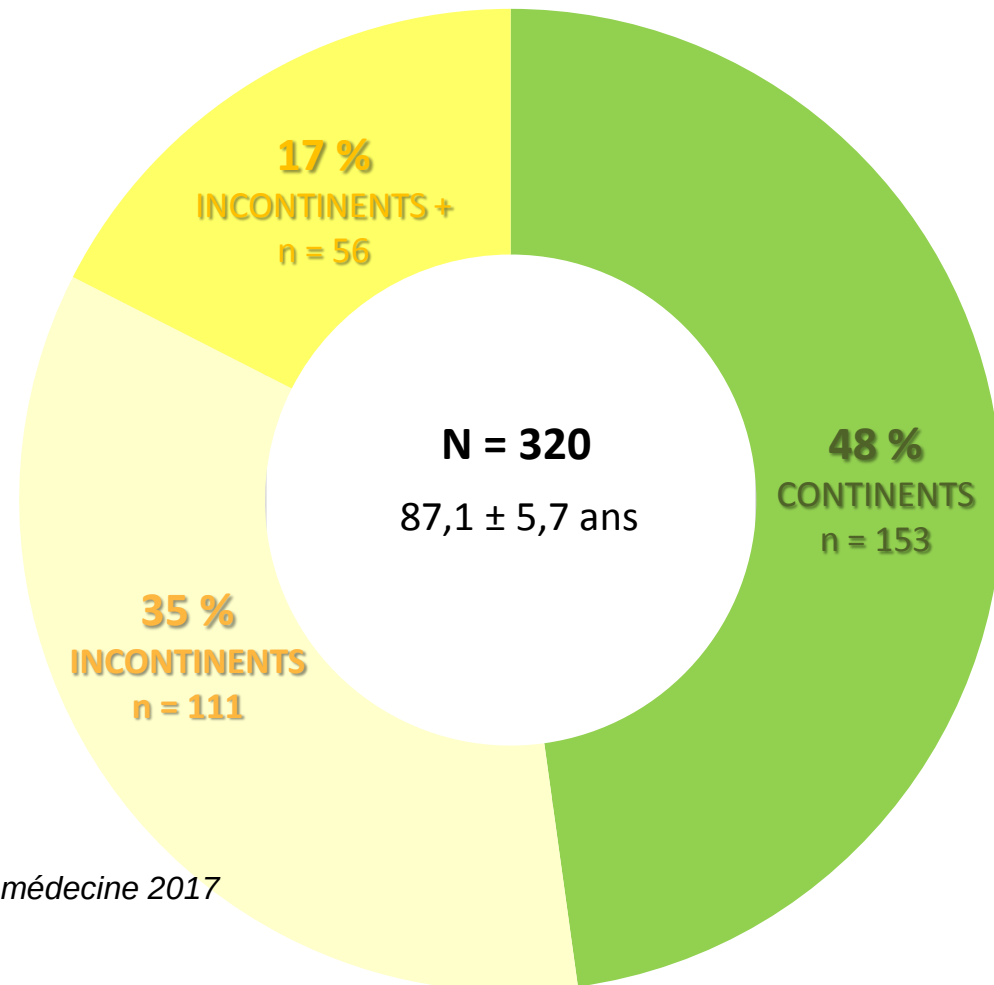
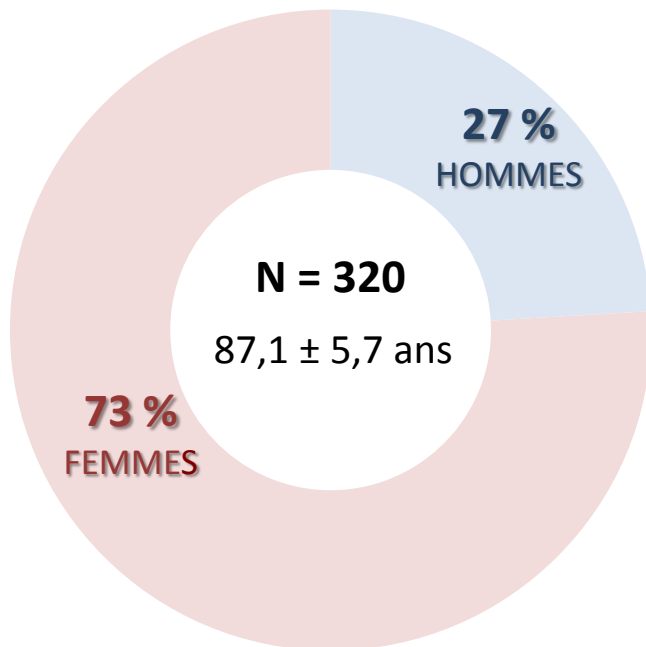
Gériatrique

- 2015 : ECA x

Principaux médicaments anticholinergiques

Antispasmodiques urinaires		Oxybutynine (Ditropan®), Trospium (Spasmo-urgénine®), Toltérodine (Detrusitol®), Solifénacine (Vésicare®)
Antiparkinsoniens anticholinergiques		Trihexyphénidyl (Artane®), Tropatépine (Leptisure®), Biperidène (Akineton®)
Antidépresseurs tricycliques		Clomipramine (Anafranil®), Imipramine (Tofranil®)
Antiémétiques		Etoclopramide (Pimpéran®), Métopimazine (Vogalène®)
Neuroleptiques	<i>phénothiazines</i>	Cyamemazine (Tercian®), Lévomépromazine (Nozinan®)
	<i>butyrophénones</i>	Halopéridol (Haldol®), Dompéridone (Motilium®)
	<i>Atypiques</i>	Clozapine (Clopin®), Olanzapine (Zyprexa®), Risperidone (Risperdal®)
Antihistaminiques		Hydroxyzine (Atarax®), Aliménazine (Théralène®)
Bronchodilatateurs		Oxomémazine (Toplexil®), Ipratropium (Atrovent®), Tiotropium (Spiriva®)
Antalgiques		Mépidine (Démérol®), Codéine (Codéine®), Oxycodone (Oxycontin®)
Corticostéroïdes		Prednisolone, Dexaméthasone
Antiulcéreux (anti-H2)		Ranitidine (Raniplex®, Zantic®), Cimétidine (Tagamet®)
Anti-arythmiques		Disopyramide (Rythmodan®), Digoxine (Digoxine®), anti-arythmique de classe IA, flécaïnides
Autres cardiovasculaires		Warfarine, Dinitrate d'Isosorbide, Furosémide, Nifédipine, Captopril, Dipyridamol

50 % des patients avec une incontinence



Dr. Grégoire Mary – Présentation SIFUD 2017 – Thèse de médecine 2017

souhaitent une prise en charge

Madame PP, 78 ans – suivie depuis 2012

Liste de médicaments

Médicaments oraux au quotidien

Diltiazem® Retard 90 mg – 1 x 1 cp/jour

Sintrom® 1 mg – 1 x 1 cp/jour

Meto Zerok® Retard 200 mg – 1 x 1 cp/jour

Torasémide® 5 mg – 1 x 1 cp/jour

→ EFFET DIURÉTIQUE



Donépézil® 10 mg – 1 x 1 cp/jour

Calcium Sandoz® + Vitamine D₃

→ EFFET CHOLINOMIMÉTIQUE



Médicaments en collyre au quotidien

Livostin® (lévocabastine) – antagoniste des récepteurs H1 de l'histamine

Cellufluid® - « larmes artificielles »

Médicaments en réserve

Cetallerg® 10 mg – 1 cp en réserve

Dafalgan® 1000 mg – 1 cp en réserve

→ EFFET ANTICHOLINERGIQUE



Traitement hormonal substitutif – suspendu depuis 2016

Comment optimiser la prise en charge des patients âgés complexes?

Polymorbidité et Polypharmacie

**Dr méd. Alex Boudon^a; Dr méd. Fabienne Riat^b; Dr méd. Yasmine Rassam-Hasso^c;
Prof. Dr méd. Pierre Olivier Lang^{d,e}, MPH, PhD**

^a Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse, ^b Centre de rééducation de l'Hôpital du Jura, Saignelégier, Suisse, ^c Clinique de Genolier, Genolier, Suisse, ^d Health and Wellbeing academy, Anglia Ruskin University, Cambridge, Royaume-Uni

^e Service de gériatrie et de réhabilitation gériatrique, Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

COMMENT JE TRAITE L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE ?

Prise en charge pharmacologique chez les femmes âgées

Pré-requis

- Analyse des symptômes urinaires
- Bilan étiologique précis indispensable
- Bonne connaissance des comorbidités/antécédents
- Bonne connaissance des traitements (≠ traitements prescrits)
- S'assurer de l'adhésion de la patiente

Prise en charge thérapeutique

- Prise en charge non pharmacologique toujours
- Prise pharmacologique en charge graduelle en prenant en considération
 - Bénéfices risques – **Effets indésirables** (variable selon molécule et galénique)
 - Bénéfices risques – **Interactions médicament-médicament**
 - Bénéfices risques – **Interaction médicament-comorbidité**
- Efficacité modérée
- Mais peuvent « parfois » contribuer à rétablir la continence
- Si échec (malgré bonne adhésion) ⇒ Spécialiste, ET thérapie de « 3^{ème} » ligne

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Pr. Pierre Olivier LANG

*Service de gériatrie et de réhabilitation gériatrique
Unité de Soins Aigus aux Seniors – Centre Leenards de la Mémoire
CHUV – Lausanne, Suisse*

Pierre-Olivier.Lang@chuv.ch