

MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS EN GÉRIATRIE

| Rx inappropriés | Justifications | Alternatives/recommandations |
|--|--|--|
| Antihistaminiques | | |
| Diphenhydramine (Benadryl) Chlorpheniramine (Chlortripolon) Hydroxyzine (Atarax) Doxylamine/pheniramine/ pyrilamine (MVL) | Anticholinergique | Antihistaminiques de 2 ^e génération (ex : cétirizine, loratadine) |
| Système cardiovasculaire | | |
| Amiodarone (Cordarone) | Pas une 1ere ligne de tx en FA vu toxicité | Éviter en 1ere ligne, sauf si IC ou hypertrophie ventriculaire |
| Aspirine (ASA) en prévention primaire | ↑ saignements | Cesser ou ne pas initier |
| Clonidine (Catapres) Methyldopa (Aldomet) | HTO Bradycardie | IECA, ARA, BCC DHP, diurétiques |
| Dabigatran (Pradaxa) Rivaroxaban (Xarelto) | ↑ saignements GI | Apixaban Warfarin |
| Digoxine (Lanoxin) > 0,125mg/jr | ↑ toxicité (ex : confusion) avec l'âge et IR | Viser digoxinémie < 1,2 nmol/L |
| Diltiazem (Cardizem, Tiazac) Verapamil (Isoptin) | ↑ IC | <i>Pour HTA</i> : IECA, ARA, BCC DHP, diurétiques <i>Pour FA</i> : BB |
| Disopyramide (Rythmodan) | Anticholinergique ↑ IC vu inotrope négatif | Favoriser contrôle de la fréquence Si contrôle du rythme, favoriser autres antiarythmiques (ex : dofetilide, flecainide, propafenone) |
| Doxazosin (Cardura) Prazosin (Minipress) Terazosin (Hytrin) | HTO | <i>Pour HTA</i> : IECA, ARA, BCC DHP, diurétiques <i>Pour HBP</i> : Tamsulosin ou alfuzosin ou silodosine |
| Dronaderone (Multaq) | ↑ risque de décès/AVC/ hospitalisations pour IC | Favoriser contrôle de la fréquence Si contrôle du rythme, favoriser autres antiarythmiques (ex : dofetilide, flecainide, propafenone) |
| Système digestif | | |
| Cyproheptadine (Periactin) Dicyclomine (Bentylol) Scopolamine (Buscopan) | Anticholinergique | Cesser ou ne pas initier |
| Dimenhhydrinate (Gravol) | Anticholinergique | Ondansetron Gravol court terme et plus faible dose efficace |
| Huile minérale PO | Aspiration | Lax-a-day Sennosides |

| | | |
|---|---|---|
| IPP > 8 semaines, sauf pour patients à haut risque | <i>C. difficile</i> Fractures ↓ B12 et Mg | Mesures non-pharmacologiques Antiacides |
| Metoclopramide (Maxeran) | REP (Réactions extrapyramidales) | Domperidone (attention QTc) Ondansetron |
| Prochlorperazine (Stemetil) | REP Délirium | Ondansetron |
| Système endocrinien | | |
| Corticostéroïdes | Délirium | Court terme et plus faible dose efficace |
| Estrogènes systémiques | Thrombose ↑ risque cancer (sein et endomètre) | Cesser ou ne pas initier Favoriser voie intra-vaginale |
| Megestrol (Megace) | Thrombose | Cesser ou ne pas initier |
| Glimepiride (Amaryl) Glyburide (Diabeta) | Hypoglycémies prolongées | Gliclazide |
| Pioglitazone (Actos) Rosiglitazone (Avandia) | ↑ IC | Cesser ou ne pas initier |
| Système génito-urinaire | | |
| Darifénacine (Enablex) Fésotérodine (Toviaz) Oxybutinine (Ditropan) Solifénacine (Vesicare) Toltérodine (Detrol) Trospium (Trosec) | Anticholinergique | Réévaluer selon risques/bénéfices car efficacité modeste Si indiqué, favoriser fésotérodine ou trospium |
| Nitrofurantoïne (Macrochantin) à long terme en prévention | Toxicité pulmonaire, hépatique, neurologique | Éviter à long terme Éviter si ClCr < 30 mL/min |
| Système nerveux central | | |
| Analgésiques | | |
| AINS | ↑ saignements GI IC/↑TA ↓ fonction rénale | Tylenol Favoriser AINS topique (Voltaren Emulgel) Si AINS systémiques utilisés : court terme et plus faible dose efficace |
| Codéine | Anticholinergique Inefficace pour plusieurs patients Nausées/constipation | Mesures non-pharmacologiques Tylenol Si douleur malgré Tylenol : Opiacés court terme et plus faible dose efficace (hydromorphe si IR) |
| Mépéridine (Demerol) | Neurotoxicité Délirium | |
| <i>Relaxants musculaires :</i> Cyclobenzaprine (Flexeril) Orphénadrine (Norflex) Methocarbamol (Robaxin, Robaxacet, Robax Platine) | Anticholinergique Fractures Efficacité limitée | |

| Antidépresseurs | | |
|--|--|--|
| <p><i>ISRS :</i> Paroxétine (Paxil) Fluoxétine (Prozac)</p> | <p>Anticholinergique</p> | <p>Ne pas initier et réévaluer (paroxétine plus à risque de symptômes de retrait) Favoriser autres ISRS tels que sertraline, citalopram (max 20mg/jr) ISRN (Venlafaxine, duloxétine) Mirtazapine Bupropion</p> |
| <p><i>Tricycliques :</i> Amitriptyline (Elavil) Clomipramine (Anafranil) Desipramine (Norpramin) Doxépine (Sinequan) > 6 mg/jr Imipramine (Tofranil) Nortriptyline (Aventyl) Trimipramine (Surmontil)</p> | <p>Anticholinergique HTO Cardiotoxicité</p> | <p><i>Pour dépression :</i> ISRS (sertraline, citalopram) ISRN (Venlafaxine, duloxétine) Mirtazapine Bupropion</p> <p><i>Pour douleur neuropathique :</i> ISRN (Venlafaxine, duloxétine) Pregabalin/gabapentin Nortriptyline/desipramine : à considérer en 3^e ligne</p> |
| Antiépileptiques | | |
| <p>Acide valproïque (Epival) Carbamazépine (Tegretol) Oxcarbazépine (Trileptal) Phénytoïne (Dilantin)</p> | <p>ES nombreux Risque de toxicité/ monitoring requis Interactions nombreuses Chutes et fractures</p> | <p>Favoriser gabapentin/pregabalin, lamotrigine ou levetiracetam</p> <p>Éviter les antiépileptiques pour d'autres indications qu'épilepsie ou troubles de l'humeur</p> |
| <p><i>Barbituriques :</i> Phénobarbital Primidone (Mysoline) Butalbital (Fiorinal)</p> | <p>ES nombreux Dépendance/abus Risque de toxicité/ monitoring requis</p> | |
| Psychotropes | | |
| <p><i>Antipsychotiques typiques/atypiques pour SCPD :</i> Haloperidol (Haldol) Loxapine (Loxapac) Olanzapine (Zyprexa) Risperidone (Risperdal) Quétiapine (Seroquel) Aripiprazole (Abilify) Clozapine (Clozaril)</p> | <p>↑ mortalité et thrombose cérébrale chez patients déments REP (Réactions extrapyramidales)</p> | <p>Mesures non-pharmacologiques Court terme et plus faible dose efficace Réévaluer aux 8 à 12 semaines minimalement</p> |
| <p><i>Benzodiazépines :</i> Alprazolam (Xanax) Bromazépan (Lectopam) Clonazépan (Rivotril) Clorazépanate (Tranxene) Diazépan (Valium)</p> | <p>Chutes et fractures Délirium Dépendance/abus</p> | <p><i>Pour insomnie :</i> Mesures non-pharmacologiques Mélatonine</p> <p><i>Pour anxiété :</i> ISRS (sertraline, citalopram)</p> |

| | | |
|---|---|--|
| Flurazepam (Dalmene) Nitrazepam (Mogadon) Triazolam (Halcion) Lorazepam (Ativan) Oxazepam (Serax) Temazepam (Restoril) | | ISRN (venlafaxine) Pregabalin <i>Pour épilepsie, sevrage ROH, sédation pré-procédurale :</i> Midazolam Lorazepam |
| Méthotriméprazine (Nozinan) Prométhazine (Histantil) | Anticholinergique | |
| <i>Hypnotiques en Z :</i> Zolpidem (Sublinox) Zopiclone (Imovane) | Chutes et fractures Délirium | |
| Benzotropine (Cogentin) Procyclidine (Kemadrin) | Anticholinergique | Cesser ou ne pas initier Si REP sous antipsychotiques, favoriser quetiapine Si parkinson, favoriser Levodopa |
| Système respiratoire | | |
| Théophylline (Uniphyl) | Stimulation SNC Risque de toxicité/ monitoring requis | Cesser ou ne pas initier |

** À noter que selon le contexte clinique, certains de ces médicaments pourraient nécessiter un sevrage graduel lors de l'arrêt **

Rédigé par : Sandrine Léger, résidente en pharmacie au CISSS de Laval (5 mars 2020)

Révisé par : Mélina Dufour, Judith Gravel et Martine Joncas, pharmaciennes à l'UCDG du CISSS de Laval

Approuvé par le comité pharmaco-médical de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) du CISSS le 8/04/2020

Adaptation du tableau élaboré par le sous-comité AAPA de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CIUSSS NIM)

Références :

- 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019, 67:674–94
- O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P: STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people : version 2. *Age ageing* 2015. 44(2):213-218
- Kergoat M-J, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D, et al : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Québec (province), Canada : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications 2011
- Tannenbaum C, Courtemanche F : Gestion médicamenteuse de l'incontinence urinaire en UCDG. Montréal (Québec, Canada) : Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017.
- Bergeron J, Roy-Petit J, Kirouac Laplante J, Lussier D : Gestion de la douleur chronique non cancéreuse en UCDG. Montréal (Québec, Canada) : Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017.
- Paré C, Hill J, Clerc D : Gestion des antidépresseurs en UCDG. Montréal (Québec, Canada) : Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2015.
- Roussy J, Lahaie A, Masson H : Gestion de l'épilepsie en UCDG. Montréal (Québec, Canada) : Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2018.
- Paré C, Hill J : Gestion des antipsychotiques dans le traitement du delirium en UCDG. Montréal (Québec, Canada) : Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017.

- Hoang LUA, Gravel J : Gestion des hypnotiques en UCDG. Montréal (Québec, Canada) : Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017.