

Cas clinique Raymond 91 ans

Anne Laure BETEGNIE DUPRE- Pharmacien CH Annecy-Genevois
Gabrielle DE GUIO - Gériatre CHU Strasbourg



Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

Conflits d'intérêts

- « Rien à déclarer »

Présentation du cas

Raymond, 91ans :

- Mars 23 : Consulte aux urgences pour dyspnée s'aggravant depuis au moins deux mois, avec majoration importante le 11/03, NYHA IV selon le patient.
- A noter que le patient a présenté depuis ces deux mois de nombreuses chutes avec notion de malaise, mais l'interrogatoire est difficile

→ Hospitalisation en cardiologie pour décompensation cardiaque et Insuffisance Rénale Aigüe

Mode de vie : Vit avec sa femme dans un appartement en RDC. Activité de jardinage et marche arrêtées depuis 2 ans suite aux complications cardiaques.

Autonomie: échelle ADL (activity of daily living) avant hospitalisation: 6/6, marchait sans aide technique.

IADL(activités instrumentales de la vie quotidienne): 2/8 repas/ménage géré par sa femme, commande en ligne des courses faite par sa femme, gestion de l'administratif par sa femme et gestion du pilulier par sa femme.

Aide à domicile: Auxiliaire de vie 2h/j 5 fois/semaine pour sa femme .

Présentation du cas

Antécédents

- Facteurs de risque cardio-vasculaires : DNID
- Cardio +++ :
 - PAC en 1991 MIG-IVA veineux-bissectrice, veineux-coronaire droite
 - NSTEMI 2011 (4 stents sur CD et 2 stents sur Cx et marginale)
 - OAP ischémique en 2021
 - FA permanente
 - RA modéré
 - Pose d'un pacemaker simple chambre de marque BOSTON , le 05/01/2022 dans les suites d'une syncope typique en 12/2021 sans trouble de conduction de haut degré mis en évidence.
 - Angioplastie d'un pontage veineux en mars 2021. A noter que le 2^{ème} pontage veineux n'a pas été abordé en angioplastie mais thrombose totale. Le pontage artériel est lui bien fonctionnel.
 - NSTEMI avec syncope avec resténose significative sur pont veineux de IVP moyenne difficilement revascularisable avec traitement par Plavix et Xarelto pendant 1an le 08/2022, FeVG 35-40%
- Allergies : Notion d'intolérance à la metformine

Analyse à l'entrée

Clinique

- PA 110/61 FC 62, 95% en AA
- **ECG** : FA, BBG, électroentrainé en ventriculaire
- **Echo cardiaque** : FeVG 22%
- Poids : 57kg
- Taille 170cm

Biologie à l'entrée

- BNP 2500
- Hb 11,4g/dL
- Ferritine 120µg/L, Coef sat TRF 16%
- creat 125 (CKD 43), urée 14 (dernière creat à 91 en 2022)
- Na 125mM, K 6,1mM
- Albumine : 30,4g/L
- Hba1c 10%

Traitement habituel

- Gliclazide LM 60mg : 2.0.0
- Rivaroxaban 15mg 0.0.1
- Clopidogrel 75mg 0.1.0
- Bisoprolol 2.5 1.0.0
- Furosémide 40 1.1.0
- Ramipril 2.5 1.0.0
- Atorvastatine 80mg

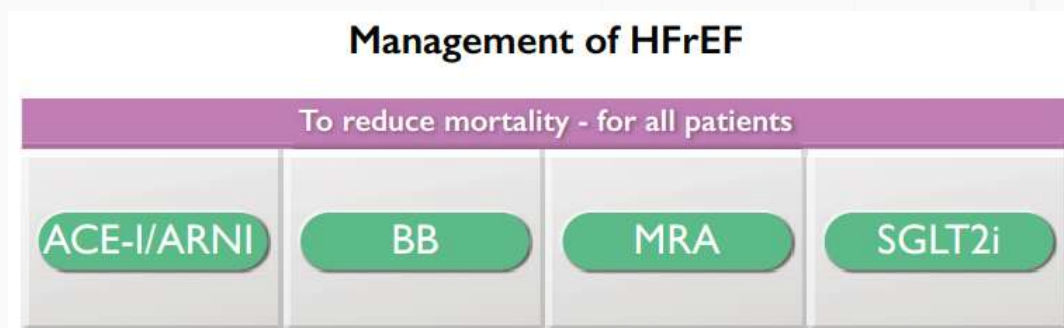
PENDANT L'HOSPITALISATION

- Introduction Furosémide IVSE, puis relais par furosémide per os
- En phase aigue, suspension
 - Antidiabétiques oraux
 - Bisoprolol
 - Ramipril

Et après la phase aigue ?

Focus nouvelles recos insuffisance cardiaque

ESC 2021



Pharmacological treatments indicated in patients with (NYHA class II–IV) heart failure with reduced ejection fraction (LVEF ≤40%)

Recommendations	Class ^a	Level ^b
An ACE-I is recommended for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ^{110–113}	I	A
A beta-blocker is recommended for patients with stable HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ^{114–120}	I	A
An MRA is recommended for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ^{121,122}	I	A
Dapagliflozin or empagliflozin are recommended for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ^{108,109}	I	A
Sacubitril/valsartan is recommended as a replacement for an ACE-I in patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ¹⁰⁵	I	B

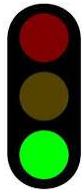
ACE-I = angiotensin-converting enzyme inhibitor; HF = heart failure; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; LVEF = left ventricular ejection fraction; MRA = mineralocorticoid receptor antagonist; NYHA = New York Heart Association.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

© ESC 2021

En pratique INSUFFISANCE CARDIAQUE A FEVG ALTEREE



- **START** IEC ou SACUBITRIL/VALSARTAN (Entresto®)
 - Si TA > 11
 - Respecter 48h si relais IEC - Entresto®
 - Réévaluer les autres antihypertenseurs
- **START** BETABLOQUANT (si IC stable)
- **START** ANTI ALDOSTERONE (spironolactone)
 - Si Cl créat > 30ml/min
 - Si K < 5mmol/L
- **START** inhibiteur SGLT2 (dapaglifozine, empaglifozine)
 - Si Cl créat > 25ml/min
 - Attention, à arrêter en situation aigue
 - Vigilance effets secondaires: infection urinaire, mycose

INSUFFISANCE CARDIAQUE A FEVG PRESERVEE/MODEREMENT ALTEREE



START inhibiteur SGLT2 (dapaglifozine, empaglifozine)

- Si Cl créat > 25ml/min
- Attention à arrêter en situation aigue
- Vigilance effets secondaires: infection urinaire, mycose

1.Scott D. Solomon. Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction [Internet]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2206286>

2.Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Bocchi E, Böhm M, et al. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 14 oct 2021;385(16):1451-61.

Focus nouvelle recommandation diabétologie SFD 2021

Avis n° 21 - Patient âgé de plus de 75 ans : stratégie thérapeutique

- La metformine reste le traitement de première ligne chez le sujet âgé, sous réserve du respect de ses contre-indications (notamment rénales, cf. Avis n° 24) et d'une vigilance accrue sur sa tolérance.
- Lorsque l'objectif d'HbA_{1c} n'est pas atteint sous metformine, le choix se portera en priorité vers l'ajout d'un iDPP4 en raison de son excellent profil de tolérance.
- Lorsque l'objectif d'HbA_{1c} n'est pas atteint sous association metformine + iDPP4 (cf. Avis n° 10), il convient de privilégier chez ces patients l'instauration d'une insuline basale. La prescription d'un SU ou d'un glinide peut s'envisager chez certains sujets âgés « en bonne santé », mais le risque hypoglycémique induit par ces produits est plus sérieux dans cette population. Chez les sujets âgés « fragiles » ou « dépendants et/ou à la santé très altérée », il est préférable d'éviter la prescription d'un SU, d'un glinide ou d'une insulinothérapie intensifiée.

P Darmon et al. Prise de position de la SFD sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2 – 2021. Med Mal Metab 2021; 15:781-801

Suite de la prise en charge de Raymond

- Au cours de l'hospitalisation : normalisation de la fonction rénale et du ionogramme
- PEC de l'IC:
 - Reprise bisoprolol
 - Diminution du furosémide progressive jusqu'à 40mg/jour
 - Introduction dapaglifozine 10mg/J
 - Relais du ramipril par Entresto 24/26mg
 - Puis introduction spironolactone 12,5mg/j
- PEC de la dyslipidémie :
 - Diminution posologie atorvastatine à 20mg et association à 10mg d' Ezetimibe
- Ajout IPP à dose préventive chez ce patient âgé sous AAP + anticoagulant

A la sortie

Clinique

- PA 110/61 FC 62
- Poids sec: 55kg
- Test hypotension orthostatique négatif

Biologie

- Créat 95 (CKD 60ml/min)
- **Na 130mM**, K 4,7mM
- Glycémie à jeun : 0,8g/L

Traitement de sortie

- Rivaroxaban 15mg 0.0.1
- Clopidogrel 75mg 0.1.0
- Furosémide 40 1.0.0
- Bisoprolol 2.5 1.0.0
- Forxiga® 10mg 1.0.0
- Entresto® 24/26mg 1.0.1
- Spironolactone 25mg 1/2.0.0
- Pantoprazole 20 mg 0.0.1
- Atorvastatine 20mg 0.0.1
- Ezetimibe 10mg 0.0.1

A la sortie

Traitement à l'entrée

- Gliclazide LM 60mg : 2.0.0
- Rivaroxaban 15mg 0.0.1
- Clopidogrel 75mg 0.1.0
- Bisoprolol 2.5mg 1.0.0
- Furosémide 40mg 1.1.0
- Ramipril 2.5mg 1.0.0
- Atorvastatine 80mg 0.0.1

Traitement de sortie

- Forxiga® 10mg 1.0.0
- Rivaroxaban 15mg 0.0.1
- Clopidogrel 75mg 0.1.0
- Bisoprolol 2.5mg 1.0.0
- Furosémide 40mg 1.0.0
- Entresto® 24/26mg 1.0.1
- Spironolactone 25mg
1/2.0.0
- Atorvastatine 20mg 0.0.1
- Ezetimibe 10mg 0.0.1
- Pantoprazole 20mg 0.0.1

+ 3 médicaments !!!

Analyse d'ordonnance

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

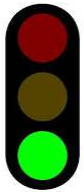
- Association CLOPIDOGREL + RIVAROXABAN



- Stop antiagrégant plaquettaire ?
 - Asso > 6mois à 1an : Stop en l'absence de nouvel évènement vasculaire
 - IDM Aout 22 = il y a 7 mois
 - à discuter (balance bénéfice risque, contexte chute)

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

- PEC de l'insuffisance cardiaque



START traitement de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée :

- Intérêt évident : risque mortalité 30 à 50% à N+1 si pas de traitement!!
- Mais .. à discuter selon autonomie, fragilité, espérance de vie, ..

Pour nous aider :

- Score de Fragilité : grilles de fragilité Sega et Rockwood
- Calculateurs d'espérance de vie (Lee et Schoenberg):
<https://eprognosis.ucsf.edu/leeschonberg-result.php?language=French>

SCORE DE FRAGILITE

GRILLE SEGA

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Score de Raymond : 15/26

Volet A

	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Contenance (urinaire et/ou fécale)	Contenance	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
Total / 26				

TOTAL Volet A		
< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile

Grille Fragilité SEGA version modifiée et validée 2014

Réseau RéGéCA - Université de Reims Champagne Ardenne, Faculté de médecine EA 3797, Reims, F-51092

SCORE DE FRAGILITE

HCL
HARNESS CIVIL
DE LYON

L'INSTITUT DU
VIEILLISSEMENT

Score de Fragilité Clinique à partir de Rockwood



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour **prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - **Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

ESTIMATION ESPERANCE DE VIE

<https://eprognosis.ucsf.edu/lee-schonberg.php?language=French>

Calculateur de risque

1. Quel âge a votre patient (années) ?
2. Quel est le sexe de votre patient? Femme Homme
3. Quel est l'IMC (kg/m2) de votre patient?
4. Qu'est-ce qui décrit le mieux l'état de santé de votre patient en général?
5. Votre patient souffre-t-il d'une maladie pulmonaire chronique, telle que la BPCO (emphysème et/ou bronchite chronique) ? Oui Non
6. Votre patient a-t-il déjà eu un cancer (en dehors des cancers cutanés mineurs)? Oui Non
7. Votre patient souffre-t-il d'insuffisance cardiaque ? Oui Non
8. Votre patient a-t-il un diabète ou une glycémie élevée? Oui Non
9. Qu'est-ce qui décrit le mieux la consommation de cigarettes de votre patient?
10. Votre patient a-t-il de la difficulté à marcher 400 mètres (plusieurs pâtés de maisons) sans l'aide d'autres personnes ou d'un équipement spécial? Oui Non
11. Combien de fois votre patient a-t-il été hospitalisé au cours de la dernière année?
12. En raison d'un problème physique, mental ou émotionnel, votre patient a-t-il besoin de l'aide d'autres personnes pour faire face à des besoins courants tels que les tâches ménagères quotidiennes, les activités professionnelles nécessaires, les achats ou les déplacements à d'autres fins? Oui Non
13. En raison d'un problème de santé ou de mémoire, votre patient a-t-il des difficultés à gérer de l'argent - par exemple, payer ses factures et faire le suivi de ses dépenses? Oui Non
14. En raison d'un problème de santé ou de mémoire, votre patient a-t-il de la difficulté à se laver ou à se doucher? Oui Non
15. En raison d'un problème de santé, votre patient a-t-il de la difficulté à pousser ou à tirer de gros objets, comme un fauteuil? Oui Non

RISQUE DE MORTALITE pour Raymond

Risque de mortalité de l'indice Schonberg

Des points	Risque de mortalité dans CINQ ANS	Risque de DIX ANS de mortalité	Risque de QUATORZE ANS de mortalité
0 - 1	<3%	5% - 11%	19% - 21%
2 - 3	3% - 6%	9% - 12%	19% - 24%
4 - 5	7% - 8%	15% - 21%	27% - 36%
6 - 7	10% - 12%	26% - 37%	42% - 52%
8 - 9	17% - 27%	37% - 44%	42% - 52%
10 - 11	26% - 29%	53% - 60%	74% - 78%
12 - 13	37% - 41%	60% - 68%	81% - 83%
14 - 15	47% - 52%	74% - 76%	87% - 88%
16 - 17	60% - 61%	86% - 87%	100%
≥17	70%	92%	100%

Score = 21

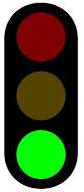
Risque de mortalité de l'indice de Lee

Des points	Risque de mortalité dans CINQ ANS	Risque de DIX ANS de mortalité	Espérance de vie (ans)
0 - 1	1% - 2%	2% - 5%	33.1 - 35.4
2 - 3	2% - 4%	7% - 10%	23.7 - 30.1
4 - 5	6% - 8%	15% - 23%	17.7 - 21.1
6 - 7	9% - 15%	34% - 43%	12.6 - 14.3
8 - 9	20%	52% - 58%	8.9 - 10
10 - 11	28% - 45%	70% - 82%	5.0 - 7.2
12 - 13	44% - 59%	83% - 91%	3.8 - 5.1
≥14	63%	93%	2.9

Score = 18

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

- PEC de l'insuffisance cardiaque



START traitement de la carence martiale chez l'insuffisant cardiaque à FEVG altérée

En pratique, pour Raymond :

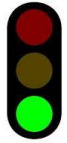
- FEVG altérée < 50%
 - Hb 11,4g/dl
 - Poids entre 35 et 70kg
- FERINJECT 1g

Recommendations for the management of anaemia and iron deficiency in patients with heart failure

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that all patients with HF be periodically screened for anaemia and iron deficiency with a full blood count, serum ferritin concentration, and TSAT.	I	C
Intravenous iron supplementation with ferric carboxymaltose should be considered in symptomatic patients with LVEF <45% and iron deficiency, defined as serum ferritin <100 ng/mL or serum ferritin 100–299 ng/mL with TSAT <20%, to alleviate HF symptoms, improve exercise capacity and QOL. ^{720,722,724}	IIa	A
Intravenous iron supplementation with ferric carboxymaltose should be considered in symptomatic HF patients recently hospitalized for HF and with LVEF <50% and iron deficiency, defined as serum ferritin <100 ng/mL or serum ferritin 100–299 ng/mL with TSAT <20%, to reduce the risk of HF hospitalization. ⁵¹²	IIa	B

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

- Place des hypolipémiants



Poursuite statine en prévention secondaire

- Balance bénéfique / risque devant profil fragile de Raymond ?
 - Arrêt des statines augmenterait le risque de récurrence de 57% en prévention 2re..
- Bénéfice certain (afin d'éviter un nouvel épisode aigu pouvant générer une hospitalisation forcément à haut risque de déclin fonctionnel..) mais surveillance ++



Intérêt association statine + ezetrol chez SA de + de 75ans

- > permet de diminuer la posologie de la statine
- > permet ainsi de réduire les myalgies (et donc les chutes)

OPTIMISATION : Privilégier LIPTRUZET 20/10mg pour limiter nombre de prises et favoriser l'observance

SURVEILLANCE :

- CPK et BH à 1 mois, puis 1*/an
- Bilan lipidique ? Quel objectif ? Chez le SA fragile « ne pas se focaliser sur les objectifs du LDLc »

SYSTÈME ENDOCRINIEN

- Arrêt du sulfamide hypoglycémiant : OK
- Pas de metformine (notion d'intolérance)
- Monothérapie par inh SGLT2 (dapaglifozine) dans contexte de diabète + insuffisance cardiaque
 - Mais attention chez SA fragile !!
 - suspendre si épisode aigu (fièvre..) et avant chirurgie
 - Vigilance EI
- Hba1c à 10% à l'entrée -> à contrôler dans 3mois
- Cible (HAS 2013) :

Personnes âgées		
	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l

SYSTÈME DIGESTIF



Stop IPP:

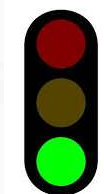
Pas d'indication , surtout si arrêt du Clopidogrel

Hyponatrémie iatrogène ?

Risque d'ostéoporose chez un patient chuteur

SYSTÈME MUSCULO SQUELETTIQUE

- Start Vitamine D



Chez les patients ostéoporotiques ou à risque d'ostéoporose

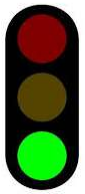
Dans l'attente de la possibilité d'administration journalière, on continue une administration espacée en privilégiant les doses les moins fortes et un espacement plus court (l'avantage est probablement une meilleure observance/adhérence par rapport à une administration journalière)

- Dans un 1^{er} temps, prescrire une **dose de « recharge »** :
50 000 UI de vitamine D3 par semaine pendant 8 semaines chez les patient(e)s qui ont une **25OHD < 20 ng/mL**
50 000 UI de vitamine D3 par semaine pendant 4 semaines chez les patient(e)s qui ont une **25OHD entre 20 et 30 ng/mL**
- Après cette phase de **recharge**, prescrire un **« traitement d'entretien »** :
50 000 UI par mois de vitamine D3
- Après **3 à 6 mois** sous ce **« traitement d'entretien »**, redoser la **25OHD** :
Si la **25OHD** est toujours **< 30 ng/mL**, on peut :
 - ou réduire l'intervalle entre les prises (par ex : **50 000 UI** toutes les **2 semaines**)
 - ou augmenter la posologie (par ex : **80 000** ou **100 000 UI** par **mois**)
- Si la **25OHD** est **> 60 ng/mL** (situation exceptionnelle) :
 - la seule solution est contradictoire avec les recommandations précédentes
 - Il faut espacer davantage les prises (par ex : **50 000 UI** tous les **2 mois**) en attendant une éventuelle disponibilité de formes moins dosées.

Fig. 1. Modalités pratiques de substitution en cas d'insuffisance, de déficit ou de carence en vitamine D.

J.-C. Souberbielle et al. La supplémentation en vitamine D en France chez les patients ostéoporotiques ou à risque d'ostéoporose : données récentes et nouvelles pratiques *Revue du rhumatisme xxx* (2019)

VACCINATION



Objectif : éviter les infections = facteur de décompensation, d'hospitalisation et de mortalité :

Vaccination grippe, Covid19, et pneumocoque !

*Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2023. Ministère de la santé et de la prévention.
Avril 2023.*

Gestion de la sortie

Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse

- Suivi renforcé: poids / TA / ionogramme / Clairance créatinine
 - TA tous les jours (avec recherche d'hypotension orthostatique)
 - Poids tous les mois
 - Suivi bio (iono / Clairance créat) : une fois par semaine au début puis à adapter selon DFG
- Rôle du pharmacien clinicien ++
 - Conciliation de sortie
 - Entretien patient : expliquer le traitement au patient et à sa femme, remise d'un plan de posologie, évaluer l'observance+++
 - Conseils :
 - Pas de régime sans sel, mais vigilance ex des cp effervescents etc..
 - Eviter aliments et plantes hypo/ hyperkaliémiantes..

A titre informatif..

Le potassium est présent dans de nombreux aliments, mais surtout dans les fruits, les légumes et les pommes de terre. Les aliments riches en K⁺ :

- Pommes frites (pensez aux frites maison avec une pré-cuisson à l'eau et une cuisson au four pour terminer), chips.
- Produits céréaliers complets (pain complet, pâtes complètes, riz complet...). Préférez remplacer la plupart de ces produits céréaliers complets par des produits blancs / raffinés.
- Fruits secs (pruneaux, abricots, raisins, dattes, figes...).
- Fruits oléagineux (noix, noisettes, pistaches, cacahuètes, pignons de pin, amandes...).
- Beurre d'arachide, massépain.
- Légumes secs (fèves, lentilles, pois cassés, pois chiche, haricots rouges, haricots blancs...).
- Cacao, chocolat, chocolat à tartiner, biscuits au chocolat, pâtisseries au chocolat.
- Nectar et jus de fruits, jus de légumes, potage, bouillon.
- Café soluble expresso /nespresso, senséo).
- Filtre Brita.
- Les produits déshydratés ou lyophilisés (soupes, purée en flocons, café lyophilisé...).

Mais pas de régime chez SA, risque dénutrition++

Plantes hypok :

séné, réglisse, boldo, bourdaine, cascara, ricin, chayote, chou chou, christophine et... la caféine (en excès) !

<https://www.chl.lu/fr/dossier/fiche-conseils-pour-le-potassium-pour-patients-dialyses>
<https://www.rfcpv.fr/medicaments-et-potassium/>

Plantes hyperK :

jus de noni (Morinda citrifolia)

Contact

Anne-Laure Betegnien Dupré

CH ANNECY GENEVOIS

ALBetegnien-ch-annecygenevois.fr



Strasbourg 2023