

Actualités en gériatrie

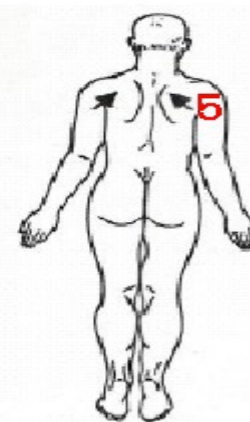
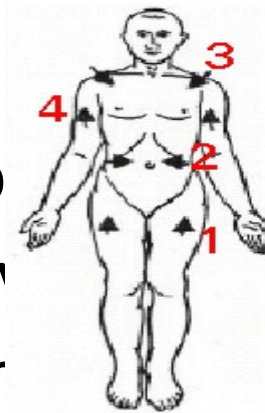
- Perfusions sous cutanées
- Anticoagulants oraux
- Diabète
- DTA/troubles du comportement
- Chute/vit D
- CH PAU

Perfusions sous-cutanées

Très utilisées en gériatrie
Souvent empirique

1) Hydratation:

-types de perfusion: iso
(sérum salé), Glucosé a
Glucosé seul non recor



idé
,
t

souvent utilisé..., KCl prohibé (...rarement utilisé,

Perfusions sous cutanées

2) Traitements antibiotiques:

- Ceftriaxone (! Prescrire IM pour le kit avec lidocaïne)
- Clamoxyl
- Aminosides (tous)
- Teicoplanine (intéressant si Staph)
- Ertapénème...(pour BMR BLSE)
- Cefepim

Perfusions sous cutanées

3) Traitements antalgiques

- Acupan
- Morphine, oxycodone
- Tramadol
- Temgesic
- AINS: Profenid, Feldene

Perfusions sous cutanées

4) Autres:

- Furosémide
- Primperan
- Seropram
- Solumedrol
- Hypnovel
- Atarax
- Valium, Rivotril

Anticoagulant oraux directs (AOD ex NACO)

- Nouvelles recommandations de l'HAS dans la FA:
 - >un traitement anticoagulant est recommandé, un AAP ne l'est absolument pas
 - >scores du risque embolique (CHADS2) et du risque hémorragique (HAS-BLED, ORBIT-AF): souvent les mêmes critères...
 - >AVK ou AOD? :
 - AOD CI dans la FA valvulaire
 - ESC, SFC, SFGG: AOD devant AVK, avec précautions chez les PA de + de 80 ans
 - **HAS 2013: AOD alternative aux AVK (si INR labile)**
 - **HAS 2018: AOD et AVK en première intention, au cas pas cas en fonction notamment de l'âge, du poids, d'une ins rénale, observance et préférence du patient**

Anticoagullant oraux directs (AOD ex NACO)

- HAS : AVK: coumadine>sintram>previscan (risque réactions immuno-allergiques graves< 6 mois)
- Pradaxa vs coumadine:
 - 150 *2 : même efficacité mais risque > d'hémorragie majeure
 - 110*2: même efficacité, même tolérance, + 75 ans: risque > hémorragie digestive
 - Seul à avoir un antidote (en cours pour les autres)
- Xarelto vs coumadine
 - 20 mg/j: même efficacité, même tolérance, + 75 ans: risque < hémorragie cérébrale, mais risque > d'hémorragie digestive
 - 15 mg/j chez IRC (30 à 49 ml/min): même efficacité, risque < hémorragie cérébrale, mais risque > d'hémorragie digestive
- Eliquis vs coumadine:
 - 5 mg*2: même efficacité, risque < d'hémorragie majeure et cérébrale, réduction mortalité globale, idem + 75 ans
 - 2.5 mg*2 si 2/3 critères + parmi âge > 80 ans, créatinine > 133µmol/l, poids < 60 kg : même résultats

Anticoagulant oraux directs (AOD ex NACO)

Précautions d'emploi chez la PA et/ou en cas d'IRC:

- tous les AOD sont éliminés par le rein (++)Pradaxa). Aucun n'est recommandé pour une $Cl < 15 \text{ ml/min}$
- Eliquis: $5 \text{ mg} \times 2/\text{j} \Rightarrow 2.5 \text{ mg} \times 2/\text{j}$ si Cl entre 15 et 29 ml/min, ou si 2 critères/3: âge ≥ 80 ans, poids ≤ 60 kg, créatinine sérique $\geq 133 \mu\text{mol/l}$
- Pradaxa : Cl si $Cl < 30 \text{ ml/min}$, $150 \text{ mg} \times 2 \Rightarrow 110 \times 2$ si Cl entre 30 et 50 ml/min et si âge > 80 ans (entre 75 et 80 ans évaluation individuelle)
- Xarelto: $20 \text{ mg/j} \Rightarrow 15 \text{ mg/j}$ si Cl entre 15 et 49 ml/min (mais prudence car pas étudié donc à éviter si $Cl < 30 \dots$), pas d'ajustement recommandé en fonction de l'âge

Donc au total parmi les AOD, Eliquis est privilégié dans la population gériatrique + + si risque d'ins rénale aigüe.

DNID

Recommandations HAS 2013 :

Cible « PA vigoureuse »

Si espérance de vie jugée satisfaisante => même cible que adulte jeune

- HbA1c \leq 7 %
- HbA1c \leq 6.5 %
 - Si diabète nouvellement diagnostiqué
 - ET espérance de vie > 15 ans
 - ET sans ATCD CV

DNID

TT « PA vigoureuse »

En l'absence de CI

- Metformine (1,5g max si CI entre 30 et 50 ml/min)
- + Sulfamides hypoglycémiants... avec précaution (risque hypoglycémies++, surtout si prise alimentaire aléatoire), diminution des poso dès $CI < 50$

DNID

Cible «PA fragile »

- HbA1c \leq 8 %
- Écart à l'objectif $<$ 0.5 % en l'absence de traitement peut être toléré avec surveillance glycémies capillaires

Tt « PA fragile »

Idem « sujet âgé vigoureux » sauf préférence pour bithérapie Metformine-IPDD4 vs Metformine-Sulfamides

DNID

Cible « PA malade »

- Glycémie à jeun : 1 à 2 g/l
- HbA1c < 9%

Objectif : éviter les complications aiguës

TT « PA malade »

- Recours à l'insuline basale plus fréquente

DNID

- Passage à l'insuline:

- Quand?

- Si Cl aux autres tt, ex: $Cl < 30$ ml/min
 - Si inefficacité bithérapie
 - Si prise orale difficile

- Laquelle?

Ultra-lentes (Toujeo°, Tresiba°) vs semi-lentes (Lantus°, Levemir°): moins d'hypoglycémies nocturnes, moins de variabilité, injection pas à 1 h près (demi-vie longue), pas de « shoot » de début d'injection (cinétique plus plate)

- Comment adapter la dose?

DNID

- Protocole insuline rapide (Apidra°, Humalog°, Novorapid°) « made in CHPAU »

Adapté aux PA selon Hgtest:

2,5 à 3g => 4 U

3 à 3,5g => 6U

3,5 à 4g => 8U

>4g => 10 U

DTA/Troubles du comportement

- Déremboursement des tt spécifiques:
 - Peu d'efficacité mais prouvée
 - Pb du sous diagnostic
 - 400 euros en reste à charge en moyenne
- Troubles du comportement
 - Lyrica de plus en plus utilisé: 25 mg*2 jusqu'à 75 mg*2
 - Seresta° : anxiolytique à privilégier

Actualités au CH de Pau

- Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière ou EMGD (domicile) + plate forme des équipes mobiles de gériatrie et géronto-psychiatrie (GERONTADOM)
- Ateliers de prévention en HDJ: pour les PA fragiles et aidants
 - Atelier nutrition: en 2 séances
 - Prévention risque iatrogénie: en 2 séances