

# La prescription de médicaments à visée préventive vers la fin de la vie

Marcel Arcand MD MSc

Mai 2007

# Plan

1. Rôle du médecin dans les stades avancés des maladies chroniques
2. Valeur relative de la médecine basée sur des preuves et des lignes directrices
3. Éléments dont on doit tenir compte pour une prescription optimale en fin de vie
4. Médicaments dont l'utilité est moins évidente aux stades avancés des maladies chroniques

# Fin de vie et maladie chronique

- 75% des décès surviennent à cause de maladies chroniques (surtout cancer, insuffisance cardiaque, respiratoire ou rénale et maladies cérébro vasculaires ou neurodégénératives)
- Espérance de vie après 65 ans  $\pm$  19 ans
- En moyenne avant le décès, 9 ans d'incapacité

# Maladies chroniques, innovations technologiques et fin de vie

**Maladie + Comorbidité**

**Polymédication pour la vie**

**Détérioration fonctionnelle progressive**

**Qualité vs Quantité de vie**

**Dilemmes éthiques**

**Évolution de  
la maladie**

**“plusieurs années”**

**Décès**

# Rôle double de la médecine aux stades avancés de maladie chronique



Combattre la mortalité et la morbidité

Contribuer à assurer un décès paisible

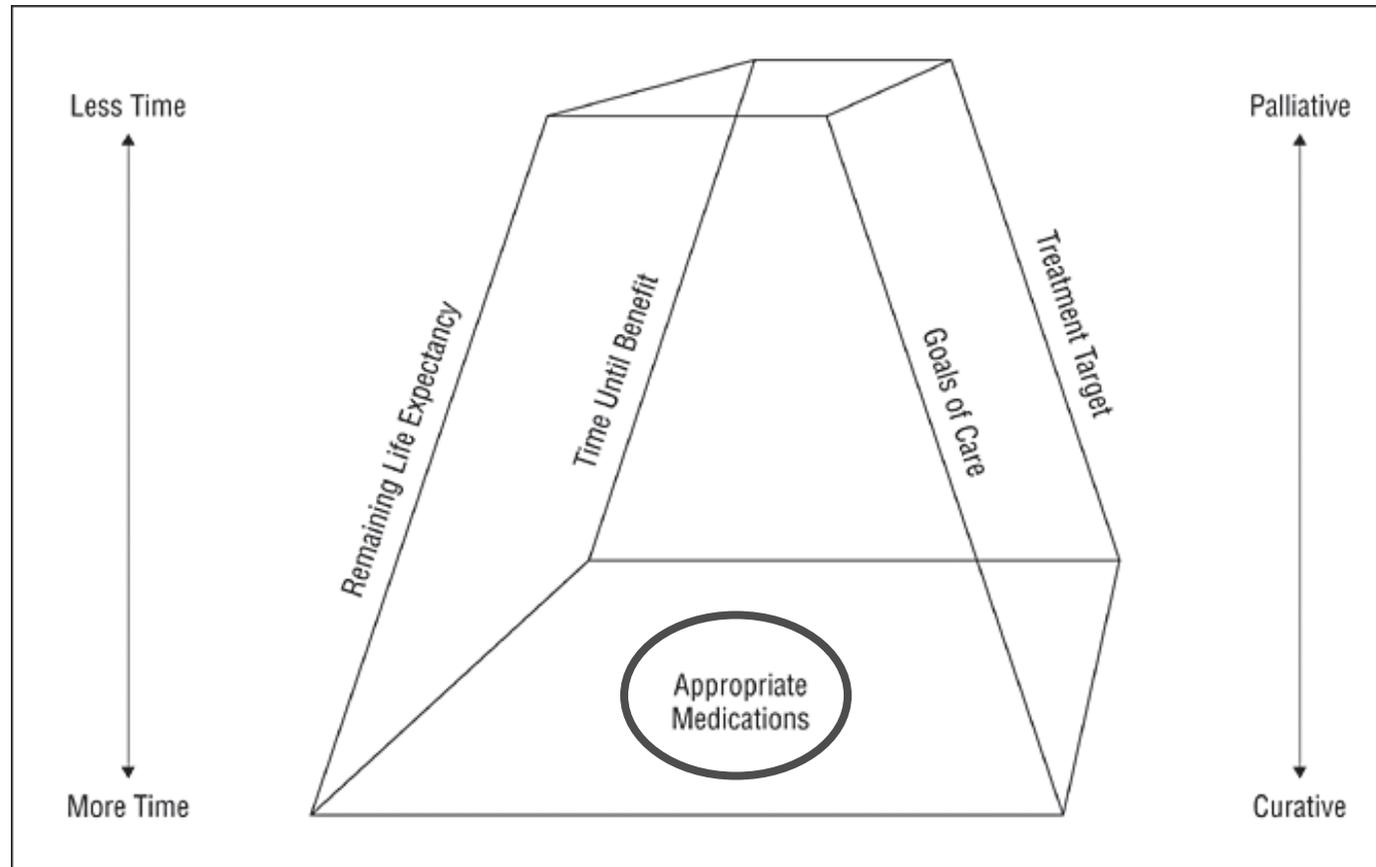
# Bénéfices des médicaments en fin de vie

- Contribuer aux objectifs de soins du patient
  - Confort
  - Préserver / améliorer l'aspect fonctionnel
  - Prolonger la vie

# Inconvénients des médicaments

- Diminution des bénéfices (ex. prévention)
- Risque de toxicité
  - Changements métaboliques
  - Insuffisance rénale et hépatique
  - Hypoalbuminémie, déshydratation
  - Interactions re: nb élevé de médicaments
  - Confusion (risque d'erreur, difficulté à rapporter les effets secondaires)
- Fardeau
  - Dysphagie, monitoring

The model shows that the 4 steps in medication decision making form a pyramid, visually representing the appropriate medications at any level



Holmes, H. M. et al. Arch Intern Med 2006;166:605-609.

# Prescription appropriée

- Médecine basée sur des preuves et suivi des lignes directrices ??

# Les lignes directrices publiées conviennent-elles à la réalité des malades chroniques ?

- Pas toujours !
- Rares sont celles qui discutent la conduite à suivre face à la comorbidité
- Il n'y pas de discussion sur l'impact de ne plus être capable de marcher (santé CV, Fx)
- Discussion généralement absente sur délai avant bénéfice du traitement dans le contexte d'une espérance de vie écourtée

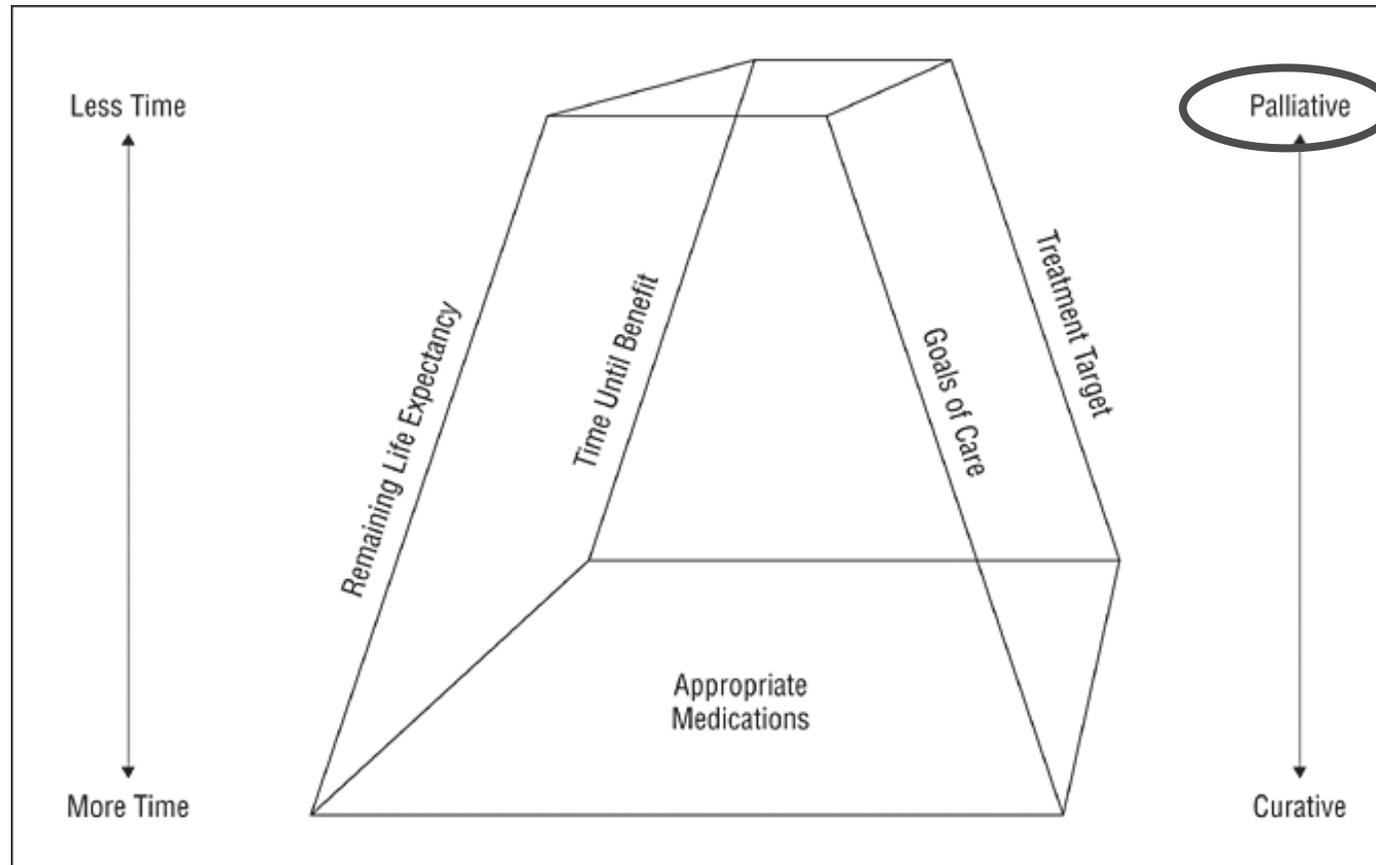
Boyd CM et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. JAMA August 10, 2005 ;294(6) 716-724

# Preuves d'efficacité ?

## Vrais patients vs sujets d'études

- Plus de comorbidité
- Plus de détérioration fonctionnelle
- Problèmes cognitifs peuvent nuire
  - Compliance, risque d'erreur
- Espérance de vie souvent écourtée

The model shows that the 4 steps in medication decision making form a pyramid, visually representing the appropriate medications at any level

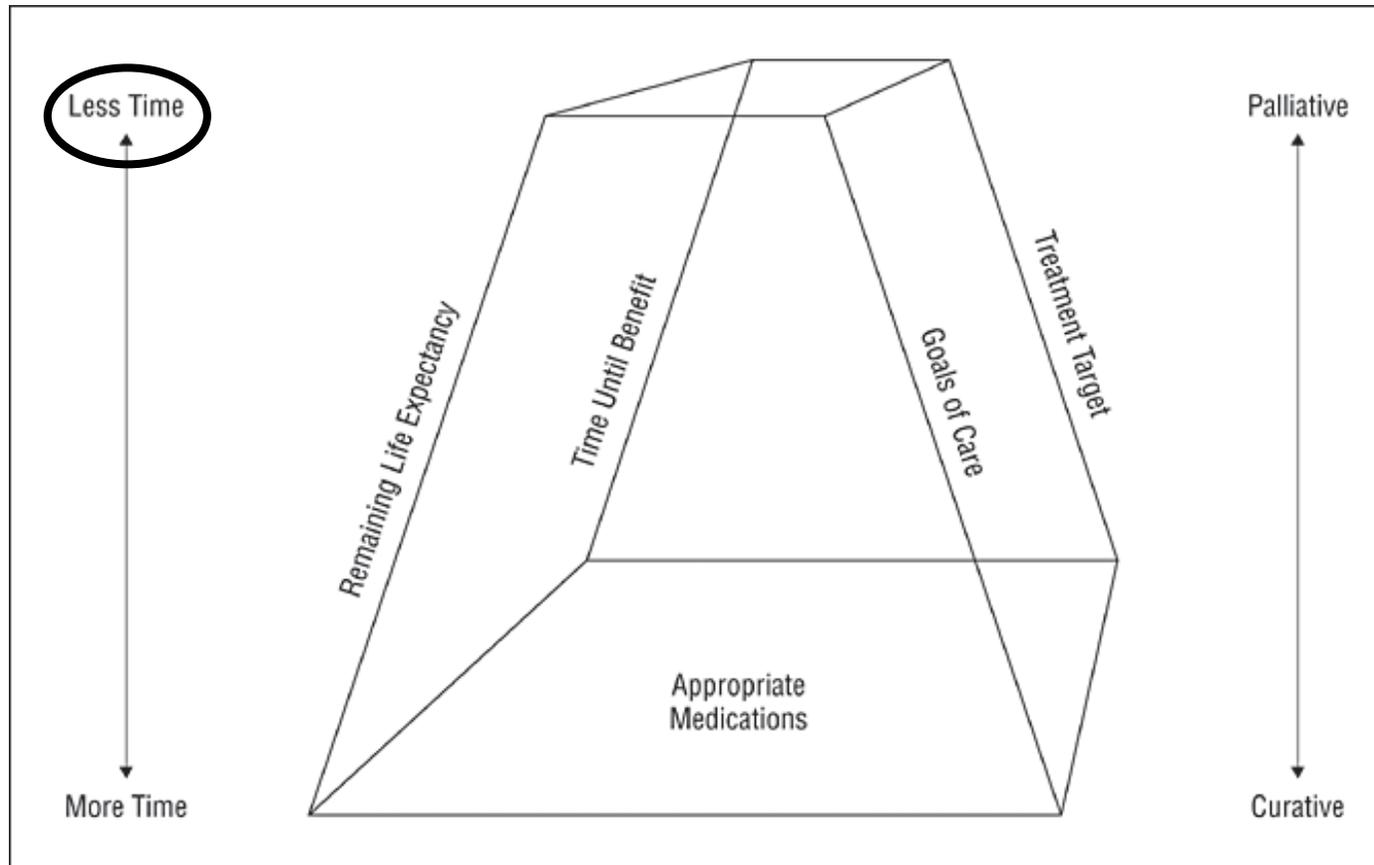


Holmes, H. M. et al. Arch Intern Med 2006;166:605-609.

# Personnalisation des soins

- Qu'est-il approprié de prescrire à ce patient à ce moment-ci de sa vie ?
  - Situation particulière
  - Pronostic de vie
  - Objectifs de soins
- Ajustement des cibles thérapeutiques

The model shows that the 4 steps in medication decision making form a pyramid, visually representing the appropriate medications at any level

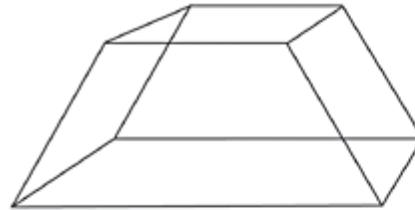


Holmes, H. M. et al. Arch Intern Med 2006;166:605-609.

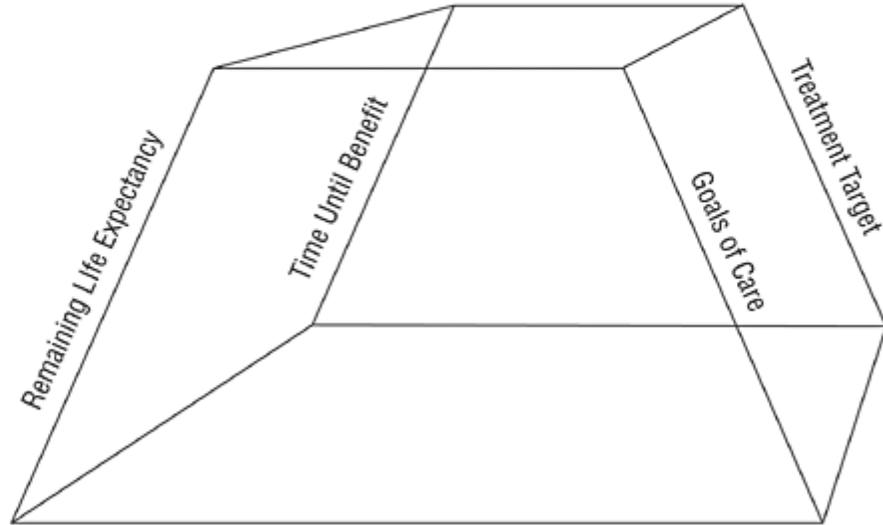
# Temps avant bénéfice

- Aspirin et clopidogrel → 1 an ?
- Statin → 2-3 ans
- Bisphosphonate → 2 ans
- Idem chez population âgée vulnérable ??
- Attitude différente: débuter vs continuer

Case 2. Medications for Symptom Management



Case 3. Individualized Medicine List Based on All 4 Components



Case 1. All Medications Appropriate for Adults Older Than 65 Years



# Objectif: confort

J'ai trop de médicaments !  
Pouvez-vous en enlever SVP ?

# Quels médicaments sont moins essentiels ?

1. Traitements symptomatiques ?
2. Traitements curatifs ?
3. Traitements qui soutiennent un organe ou une fonction défaillante ?
4. Traitements préventifs d'une complication à long terme ?

# Prévention des fractures et complications cardio-vasculaires

- Aspirin, clopidogrel, warfarin
- Statines
- Calcium, Vitamine D, Bisphosphonates
- Autres médicaments
  - Ex. Contrôle serré de l'hypertension et du diabète

## Méd. Prév. chez résidents admis SLD à l'IUGS (2003-2005)

- Aspirine • 31%
- Clopidogrel • 12%
- Warfarin • 17%
- Statine • 19%
- Calcium • 31%
- Vitamin D • 31%
- Bisphosphonate • 17%

## Quels sont les preuves d'efficacité pour la prévention des fractures ostéoporotiques et des complications C-V ?

- Preuves assez solides jusqu'à l'âge de 80-85 ans mais biais de sélection dans la plupart des essais cliniques (individus avec moins de comorbidité et plus longue espérance de vie)
- Ces médicaments sont généralement bien tolérés et semblent sécuritaires

Y-a-t-il des preuves que ces médicaments sont aussi efficaces si le patient ne marche plus ?

À peu près aucune étude n'a cherché à répondre à cette question !

**Table 2.** Hip and All Nonvertebral Fractures

Citation	No./Total No. of Persons		Effect RR (95% CI)	Total No.
	Treatment	Control		
<b>Hip Fractures</b>				
Chapuy et al, <sup>12</sup> 1994	137/1176	178/1127	0.74 (0.60-0.91)	2303
Lips et al, <sup>13</sup> 1996	58/1291	48/1287	1.21 (0.83-1.75)	2578
Dawson-Hughes et al, <sup>14</sup> 1997*	0/187	1/202		(389)
Pfeifer et al, <sup>15</sup> 2000*	0/70	1/67		(137)
Meyer et al, <sup>16</sup> 2002	50/569	47/575	1.08 (0.73-1.57)	1144
Chapuy et al, <sup>17</sup> 2002	27/393	21/190	0.62 (0.36-1.07)	583
Trivedi et al, <sup>18</sup> 2003	21/1345	24/1341	0.85 (0.47-1.53)†	2686
Total			0.88 (0.69-1.13)	<b>9294</b>
<b>All Nonvertebral Fractures</b>				
Chapuy et al, <sup>12</sup> 1994	255/1176	308/1127	0.79 (0.69-0.92)	2303
Lips et al, <sup>13</sup> 1996	135/1291	122/1287	1.10 (0.87-1.39)	2578
Dawson-Hughes et al, <sup>14</sup> 1997	11/202	26/187	0.46 (0.24-0.88)	389
Pfeifer et al, <sup>15</sup> 2000	3/70	6/67	0.48 (0.13-1.78)	137
Meyer et al, <sup>16</sup> 2002	69/569	76/575	0.92 (0.68-1.24)	1144
Chapuy et al, <sup>17</sup> 2002	97/393	55/190	0.85 (0.64-1.13)	583
Trivedi et al, <sup>18</sup> 2003	43/1345	62/1341	0.67 (0.46-0.99)†	2686
Total			0.83 (0.70-0.98)	<b>9820</b>

Abbreviations: CI, confidence interval; RR, relative risk.

\*Studies were excluded from the pooled analysis of hip fractures due to only 1 observed hip fracture in both trials.

†Age-adjusted.

# Quels médicaments cesser ?

Objectif prioritaire	Médicaments pouvant être cessés
Prolonger la vie	Probablement aucun
Confort > vie	Médics pour prévention ? Ajuster les cibles thérapeutiques
Confort « seulement »	Tout sauf les médicaments pour le contrôle des symptômes

# Exemples de médicaments pouvant être cessés

- Calcium Vit D et Bisphosphonates si patient ne marche pas: exception → si risque élevé de fracture vertébrale (e.g nombreuses anciennes fractures, corticothérapie)
- Statines si patient > 85 ans ou espérance de vie de moins de deux ans
- Aspirin, clopidogrel et Coumadin si démence et objectif est “soins de confort seulement”

Cibles thérapeutiques à ajuster avec réduction de la médication re: “Soins de confort seulement”

- Anti-angineux si patient peu symptomatique au repos et moins actif
- Anti-hypertensifs si asymptomatique
- Hypoglycémifiants si asymptomatique



## Éléments à considérer si démence modérée ou grave

- “Soins de confort seulement”
- “Éviter la prolongation du mourir”
- Difficulté à rapporter les effets secondaires
- Comportements d’opposition fréquents
- Difficultés de déglutition

# Dysphagie

- 10 to 50% des résidents de CHSLD ont besoin d'aliments préparés pour diminuer le risque de fausse route (diète purée, liquides épaissis)
- Besoin fréquent d'écraser les médicaments



Calcium

Colace

Nortriptyline

Aspirin

Enalapril

Furosemide

Gliclazide







## Pertinence de la prescription de médicaments à visée préventive

1. Ma prescription est-elle appropriée pour la clientèle
  - Oui pour personnes qui marchent encore et qui sont plus en forme
2. Est-elle toujours pertinente vers la fin de la vie ?
  - Prescription personnalisée nécessaire selon le pronostic de vie et le médicament
3. Est-elle toujours pertinente si démence modérée ou grave ?
  - Généralement non, traitement symptomatique seulement si l'objectif de soin est "soins de confort seulement"

# Réunion de consensus de Sherbrooke avril 2004

- Gériatres
- Omnipraticiens oeuvrant en soins de longue durée
- Pharmaciens
- Une infirmière
- Ethiciens

# Recommandations générales

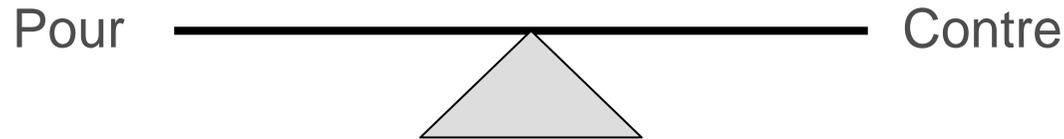
- Pour une personne atteinte de démence modérée ou grave, le médecin devrait :
  - Éviter de prescrire des médicaments autres que ceux qui visent le confort lorsque l'espérance de vie est courte ou que la qualité de vie apparaît pauvre à ceux qui ont à cœur le meilleur intérêt du patient (il faut prendre le temps de discuter de ces questions avec les proches du patient)
  - Prescrire des médicaments à visée préventive seulement aux personnes ayant une espérance de vie suffisante pour en bénéficier

# Recommandations générales

Pour une personne atteinte de démence modérée ou grave, le médecin devrait :

- S’abstenir de prescrire des médicaments à visée préventive aux personnes pour qui la prise de médicaments comporte trop d’inconvénients
- Lorsqu’il y a doute, prescrire un médicament potentiellement utile seulement pour une période déterminée puis réévaluer la pertinence de continuer après cette période.

## Prescrire un médicament à visée préventive dans un contexte de démence modérée ou grave?



- Bénéfice clairement démontré
- Faible toxicité
- Espérance de vie assez longue pour en bénéficier
- Intervention autre que palliative si complication (ex transfert hospitalier)
- Qualité de vie acceptable (selon patient ou famille)
- Indication discutable
- Risque d'effets indésirables
- Espérance de vie trop courte
- Soins palliatifs si complication
- Dysphagie
- Refus de prendre les médicaments

# Sous-utilisation de médication appropriée

- Attention à l'âgisme !
- Ambivalence vs soins de confort
  - Opioides pour la douleur
  - Opioides et Benzodiazepines pour dyspnée

# Obstacles à prescription appropriée

- Complexité
- Lignes directrices inadaptées
- Réflexe vs réflexion
- Inertie clinique
  - Effort requis pour personnaliser les soins
- Âgisme

# Résumé

## Prescription appropriée en fin de vie

- Est-ce que toutes mes prescriptions sont encore appropriées à ce moment-ci de la vie du patient?
- Dois-je réévaluer les cibles thérapeutiques ?
- La prise de médicaments est-elle devenue un fardeau ?
- Ma prescription est-elle encore valable compte tenu des objectifs de soins du patient ?