

28^e congrès annuel



Association québécoise
de soins palliatifs

La déprescription en soins palliatifs

Catherine Nadeau pharmacienne
CIUSSSCN- Hôpital Jeffery Hale-Saint-Brigid's
3 mai 2018

Déclaration des conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Catherine Nadeau

Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Objectifs

1. Comprendre les causes et conséquences de la polymédication en soins palliatifs.
2. Décrire les étapes de la déprescription.
3. Comparer des outils permettant d'évaluer la médication potentiellement inappropriée.

Déprescription

- Processus systématique permettant d'identifier et de discontinuer la médication dont le risque relié à l'utilisation dépasse les bénéfices considérant les objectifs thérapeutiques du patient, l'autonomie, l'espérance de vie , les valeurs et les préférences.
- Buts :
 - Éviter la prise de médicaments sans indication valable
 - Diminuer la polypharmacie
- Conséquence : minimiser le fardeau associé à la thérapie médicamenteuse tout en conservant des bénéfices supérieurs aux risques dans le respect de la condition et les objectifs de soins du patient

Pharmacotherapy 2016



Polypharmacie: définitions

En 2008 on a répertorié 24 définitions, donc entraîne de la confusion.

1. Selon nombre spécifique de médicaments, souvent 5 ou plus.

- + : facile et rapide à identifier.
- : ne considère pas bénéfices et risques de chaque rx .
Contreproductif, inapproprié si le patient a des comorbidités multiples et que ses traitements sont bénéfiques.



Polypharmacie: définitions

2. Prescription, administration et utilisation de plus de médicaments que ce qui est cliniquement indiqué chez un patient.

+ : augmenter la qualité des soins ne veut pas toujours dire diminuer le nombre de médicaments.

Si les critères d'évaluation des rx sont bien définis en gériatrie, en soins palliatifs cela demeure un défi.

Canadian Pharmacist's Letter



Polypharmacie: causes

Retrouvé le plus souvent chez les adultes âgés avec plusieurs comorbidités. Risque augmenté dans les périodes de transition.

1. Cascade: rx pour traiter les effets indésirables d'un autre rx .
 - Le sx peut-il être un effet indésirable d'un rx ?
2. Polyprescription
 - Le risque augmente si différents md ou pharmacies
 - Multiples prescripteurs : omni et spécialistes (suivi déficient), patient consulte sans sa liste de rx , indications non connues...
3. Prescrire sans évidence
 - Pour satisfaire le patient qui veut une rx lors de son rv



Polypharmacie: comment éviter

Conduite de base en soins palliatifs:

- Considérer un nouveau sx comme un effet indésirable
- Éviter rx qui prolongent la vie
- Rx prévention primaire et secondaire à éviter sauf si
 - le temps pour le bénéfice plus court que le px
 - bien toléré
- Débuter ou sevrer par pallier
- Réviser les objectifs thérapeutiques et adapter les rx

Ther Adv Drug Saf 2015



Polypharmacie: conséquences

- Effets indésirables
- Interactions
- Diminution de la capacité fonctionnelle
- Syndromes gériatriques multiples
- Non observance
- Hospitalisations
- Mortalité
- Coûts associés



Étude polypharmacie : gériatrie

Étude écossaise chez 180 815 patients en 2014 .

- Le risque d'hospitalisations imprévues augmente avec le nombre de médicaments chroniques.
 - 1 à 3 rx = 5.2%
 - 4 à 6 rx = 10.3%
 - ≥ 10 rx = 24.8%
- Cependant % diminue si le nombre de comorbidités augmentent
 - 1 maladie chronique : ≥ 10 rx / 1-3 rx risque hospit x 3
 - 5-6 maladies chroniques : 4-6 rx / 1-3 rx, le risque est le même
- Donc le ratio risque/bénéfice de la médication dépend de
 - nombre de rx
 - pertinence des rx selon la condition clinique et les comorbidités du patient

Étude polypharmacie: cancer avancé et douleur

Étude prospective européenne de 2 282 patients en 2014.

- Nombre moyen de rx = 7.8 (1 à 20) , 25% \geq 10 rx
- 45% pts reçoivent au moins 1 rx :
 - Rx inutiles (18.5 % pts) : Hypolipémiants, hormonothérapie, vitamines et minéraux (sauf K, fer, Ca, Mg)
 - Rx potentiellement inutiles (33% pts): antinéoplasiques, megestrol (Mégace^{MD}),
 HTA (sauf diurétiques), antiarythmiques, digoxine (Lanoxin^{MD}), antiangineux gastroprotecteurs, allopurinol (Zyloprim^{MD}).
- 7% pts : duplication ou antagonistes
- 10% pts : inducteur ou inhibiteur du 3A4

J Pain Symptom Manage 2014

Étude rx préventifs: espérance de vie limitée

- Synthèse de 15 études avec 15 527 patients, px moyen 11 mois
- Patients : cancer (6) , maladie CV (4), démence et troubles cognitifs (2), autres (5).
- Rx les plus prescrits
 1. Statines
 2. Antiplaquettaires, Rx ostéoporose, IECA, ARA, BCC.
- Conclusion:
 - Pt reçoivent encore des rx préventifs malgré leur espérance de vie limitée.
 - Peu d'études portant sur réduction des rx
 - Opinions des experts sur optimisation de la médication différent

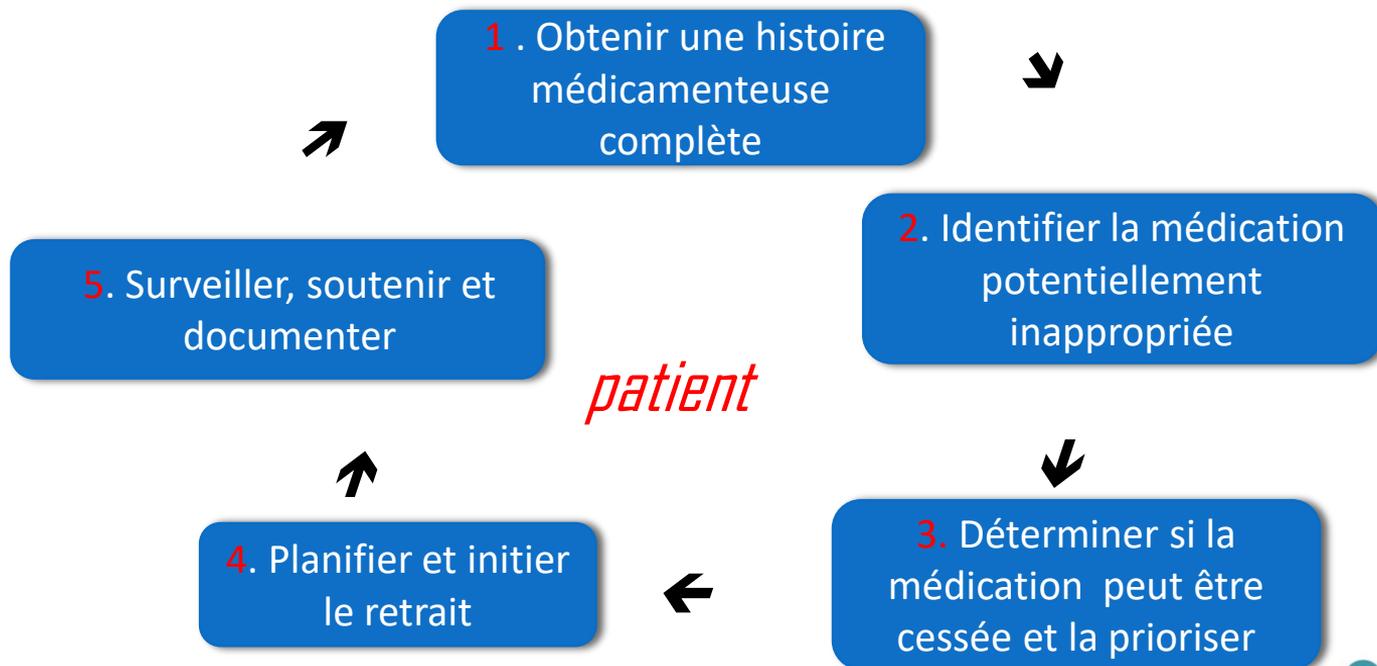
J Pain Symptom Manag 2017

Barrières à la déprescription

1. Ne pas reconnaître la polypharmacie
2. Malaise de cesser rx débuté par un autre md (spécialiste) : guidelines, indication inconnue,.....
3. Temps important requis pour réévaluer et analyser: demander aide du pharmacien
4. Attitudes et habitudes du patient
 - 50% des patients veulent rx lors de la visite médicale
 - Inquiétudes: rx essentiel, sevrage, réapparition des symptômes, processus d'arrêt (comment cesser, quoi faire si problème), dévalorisation du patient.
 - Pression de continuer la médication (famille ,md)



5 étapes de la déprescription



Reeve, Br J Clin Pharmacol 2014



Étape 1: histoire médicamenteuse

1. Obtenir une **histoire médicamenteuse complète** et déterminer **l'indication** de chaque médicament
 - Liste complète de toute la **médication prescrite, en vente libre ou les produits naturels**
 - Hx par pharmacien a détecté que 96% des pts ont divergence, dont 24-54% ont le potentiel de nuire : prise réelle, observance (raison) , technique administration.... = **sans jugement**
 - Durée de traitement
 - Indication
 - Effets indésirables
 - Efficacité (douleurs, sx, prévention des complications...)

Reeve, Br J Clin Pharmacol 2014



Étape 2 : médication inappropriée

2. Identifier avec le patient la médication inappropriée: pas de bénéfice à court terme sur le soulagement des sx ou la qualité de vie. En fin de vie :

- Effets indésirables ou toxicité
- Non efficace
- Haut risque
- Dosage inadéquat (ex: évolution IH ou IR)
- Interaction médicamenteuse ou avec une patho (ex: antichol et démence...)
- Non prise ou mal prise (technique administration, oublis, refus, pilules semblables...)
- Indication inconnue, erronée ou qui n'est plus valable (état clinique nouveau ou résolu, diminution de ÉG...)
- Préférences du patient: trop onéreuse, croyances...

Lancet Oncol 2015

J Pain Palliat Care Pharmacother 2016



Étape 3: médication à cesser

3. Déterminer si la médication peut être cessée et la prioriser selon échéancier.

- Facteurs favorisants: rx non nécessaire, rx pourra être reprise si sx réapparaissent, relation positive avec md/ph, médication complexe, trop \$\$\$.
- Étapes
 - Rassurer le patient en expliquant la démarche. « Le patient est un partenaire et il continuera à recevoir des soins de haute qualité ».
 - Identifier le but thérapeutique visé
 - Discuter les risques/ bénéfices
 - Expliquer
 - les étapes afin de diminuer les risques
 - qu'il s'agit d'un essai



Étape 4: Plan et initiation du retrait

Doit-on cesser ou sevrer ?

- Sevrage si le confort du patient est en jeu
 - Rx est-il requis ? Encore efficace ? Surveiller la réapparition des sx antérieurs pour trouver dose minimale efficace , ex:
 - Corticos, antipsychotiques
 - Rx requis, mais sevrage anticipé si le médicament oral ne peut être donné par une autre voie administration (réf: Guide pratique de soins palliatifs)

- Venlafaxine (Effexor^{MD}) : planifier diminution graduelle si possible

Idéalement, vérifier si on peut changer de rx et de voie pour garder efficacité et éviter sx de sevrage.

- Gabapentine (Neurontin^{MD}) po = lorazepam (Ativan^{MD})SL , SC q 8 h + acid valproïque (Depaken^{MD}) IR
- Rx non requis, mais éviter sx de retrait ou rebond



Sevrer: APES Guide pratique des soins palliatifs

Rx avec sx de retrait possible, et guide pour le sevrage:

- Amphétamines
- Anticholinergiques
- Anticonvulsivants
- ADT
- Antihistaminiques
- Antiparkinsoniens
- Antipsychotiques
- Baclofène (Lioresal^{MD})
- Barbituriques
- Bêta-bloqueurs
- Cocaïne
- Benzodiazépines
- Clonidine (Catapress^{MD})
- Corticostéroïdes
- Diurétiques
- Gabapentin (Neurontin^{MD})
- IACHÉ
- ISRS
- IRSN
- Lithium (Lithane^{MD})
- Méthylphénidate (Ritalin^{MD})
- Mirtazapine (Remeron^{MD})
- Nicotine
- Opioïdes
- Prégabaline (Lyrica^{MD})
- Trazadone (Desyrel^{MD})

Parkinson RUSHGQ

Sevrage des agents	
Médicaments	Méthode de sevrage
Lévodopa/ Carbidopa Lévodopa/ Benserazide	+ Un arrêt brusque détériore les symptômes de la maladie de Parkinson et peut mener à de la confusion, de la rigidité et de la fièvre semblable au syndrome neuroleptique malin. Diminuer par tranche de ½ comprimé aux 3 à 7 jours.
Pramipexole, Ropinirole, Rotigotine, Bromocriptine	+ Sevrage sur 1 semaine. Détérioration des symptômes de la maladie de Parkinson. Les effets indésirables sévères sont rares, mais peuvent être très intenses [46].
Rasagiline, Selegiline	+ Aucun sevrage nécessaire. Effet du médicament disparaît après 2 à 3 semaines.
Entacapone	+ Aucun sevrage nécessaire. Toutefois, l'arrêt brusque peut détériorer la condition motrice et mener à de la confusion, de la rigidité ou de la fièvre surtout si la lévodopa est cessée. Sevrage graduel et lent comme pour la lévodopa.
Amantadine	+ Un arrêt soudain peut mener au délirium, à des hallucinations, de l'agitation, une dépression, de l'anxiété, de la stupeur ou la paranoïa. Sevrer lentement sur quelques semaines.
Procyclidine, Benztropine, Trihexyphenidyl	+ Un arrêt soudain peut mener à un syndrome de rebond cholinergique avec malaises, asthénie, étourdissements, nausées, sudation, hypotension, tremblement accentué. Sevrer lentement sur 1-2 semaines.

Étape 5: Surveiller, soutenir et documenter

Suivi déterminer:

- **Durée** selon la médication en cause
- **Fréquence**
- **Type** de suivi: visite, téléphonique, via pharmacien ?
- Établir **durée de validité** des ordonnances



RETOUR

Étape 2 :

Identification de la médication
inappropriée:

l'indication est-elle valable ?

Étape 2: médication inappropriée

Indication n'est plus valable:

- Prévention primaire ou secondaire
- Pas de bénéfice à court terme
- Beers et STOPP-START non adaptés pour les soins palliatifs car :
 - Sx pénibles et plusieurs rx pour traiter complications des tx, sx du cancer et comorbidités
 - Pas uniquement une clientèle âgée
 - Plusieurs rx inappropriés sont requis en soins palliatifs, ex: AINS, benzo, methotriméprazine (Nozinan^{MD})...
 - Plusieurs rx appropriés ne le sont plus en soins palliatifs (statines, HTA, vitamines...)

Lancet Oncol 2015

J Pain Palliat Care Pharmacother 2016

J Pain Symptom Manag 2017



Médication inappropriée

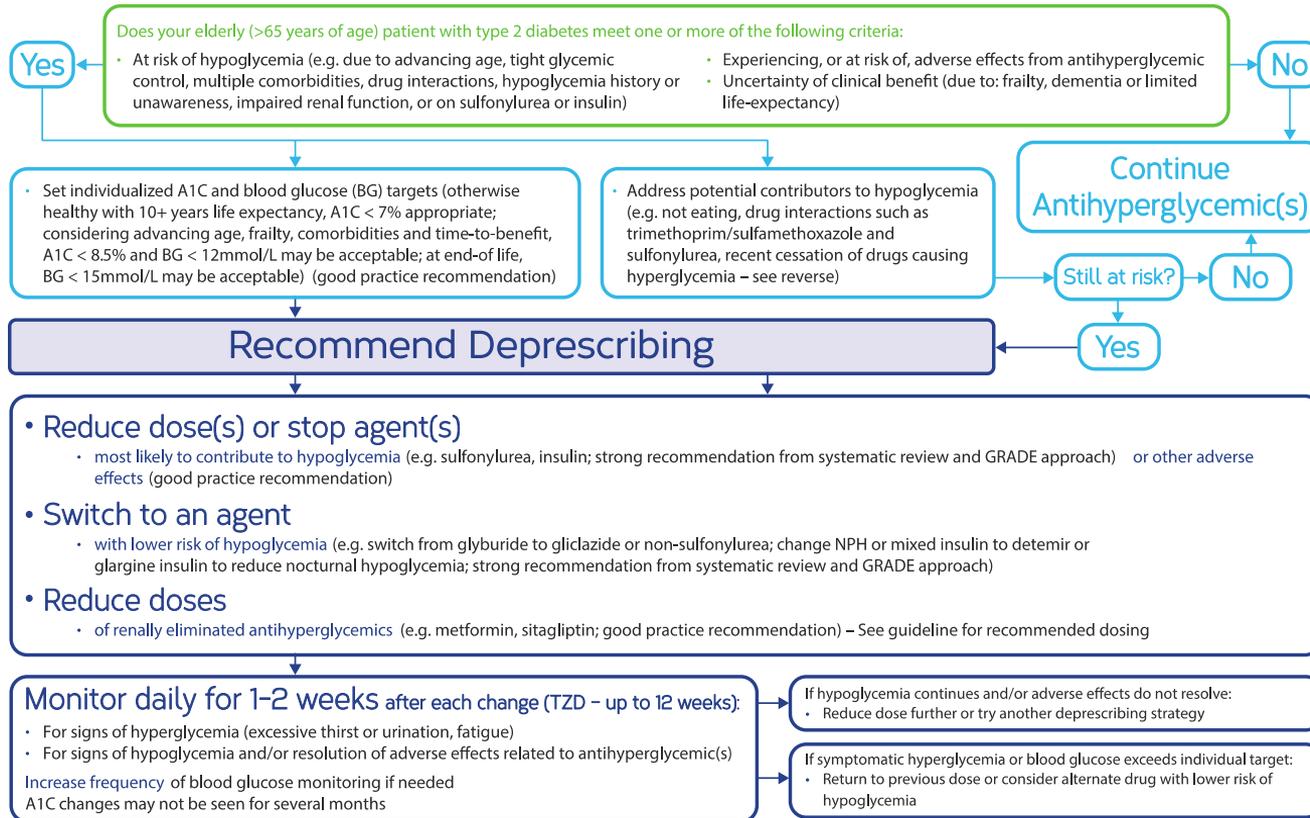
Médication dont l'indication n'est plus valable....
identifier les critères est un défi !!!

- *deprescribing.org*
- STOPPFrail
- *medstopper.com*
- *polypharmacy.ca*
- OncPal
- INESSS

Deprescribing.org

- Lignes directrices canadiennes fondées sur des données probantes de déprescription pour 5 classes de médicaments.
 - IPP
 - Benzodiazépines
 - Antipsychotiques
 - Antihyperglycémiants (patients âgés frêles)
 - IChE et mémantine (patients âgés frêles)

Partenaires: Institut de recherche Bruyère, IUGM, Institut de recherche en santé du Canada, Ontario Pharmacy Research Collaboration



STOPPFrail: Screening Tool of Older Persons

Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy

Critères irlandais pour cesser la médication inappropriée chez les patients âgés(≥ 65 ans) frêles qui répondent à TOUS les critères

1. Pathologie irréversible terminale
2. Pronostic < 1 an
3. Détérioration sévère de état fonctionnel et/ou cognitif
4. Le soulagement des symptômes est prioritaire et non les tx préventifs

On ne prescrit pas si:

- Les risques dépassent les bénéfices
- L'administration est un défi
- La surveillance est un défi
- L'observance est difficile

On cesse la médication si:

- Le patient demeure inobservant ou intolérant malgré les interventions
- L'indication n'est pas claire

Table 1. Final STOPPFrail criteria

STOPPFrail is a list of potentially inappropriate prescribing indicators designed to assist physicians with stopping such medications in older patients (≥65 years) who meet ALL of the criteria listed below:

- (1) End-stage irreversible pathology
- (2) Poor one year survival prognosis
- (3) Severe functional impairment or severe cognitive impairment or both
- (4) Symptom control is the priority rather than prevention of disease progression

Section A: General

A1: Any drug that the patient persistently fails to take or tolerate despite adequate education and consideration of all appropriate formulations.
A2: Any drug without clear clinical indication.

Section B: Cardiovascular system

B1. Lipid lowering therapies (statins, ezetimibe, bile acid sequestrants, fibrates, nicotinic acid and acipimox)

These medications need to be prescribed for a long duration to be of benefit. For short-term use, the risk of ADEs outweighs the potential benefits [43–45]

B2. Alpha-blockers for hypertension

Stringent blood pressure control is not required in very frail older people. Alpha blockers in particular can cause marked vasodilatation, which can result in marked postural hypotension, falls and injuries [46]

Section C: Coagulation system

C1: Anti-platelets

Avoid anti-platelet agents for primary (as distinct from secondary) cardiovascular prevention (no evidence of benefit) [47]

Section D: Central Nervous System

D1. Neuroleptic antipsychotics

Aim to reduce dose and gradually discontinue these drugs in patients taking them for longer than 12 weeks if there are no current clinical features of behavioural and psychiatric symptoms of dementia (BPSD) [48–52]

D2: Memantine

Discontinue and monitor in patients with moderate to severe dementia, unless memantine has clearly improved BPSD (specifically in frail patients who meet the criteria above) [53–56]

Section E: Gastrointestinal system

E1. Proton Pump Inhibitors

Proton Pump Inhibitors at full therapeutic dose ≥8/52, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose [57]

E2: H2 receptor antagonist

H2 receptor antagonist at full therapeutic dose for ≥8/52, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose [57]

E3. Gastrointestinal antispasmodics

Regular daily prescription of gastrointestinal antispasmodics agents unless the patient has frequent relapse of colic symptoms because of high risk of anticholinergic side effects [57]

Section F: Respiratory system

F1. Theophylline.

This drug has a narrow therapeutic index, requires monitoring of serum levels and interacts with other commonly prescribed drugs putting patients at an increased risk of ADEs [58–60]

F2. Leukotriene antagonists (Montelukast, Zafirlukast)

These drugs have no proven role in COPD, they are indicated only in asthma [61]

The decision to prescribe/not prescribe medications to the patient, should also be influenced by the following issues:

- (1) Risk of the medication outweighing the benefit
- (2) Administration of the medication is challenging
- (3) Monitoring of the medication effect is challenging
- (4) Drug adherence/compliance is difficult

Section G: Musculoskeletal system

G1: Calcium supplementation

Unlikely to be of any benefit in the short term

G2: Anti-resorptive/bone anabolic drugs *FOR OSTEOPOROSIS* (bisphosphonates, strontium, teriparatide, denosumab)

Unlikely to be of any benefit in the short term

G3. SORMs for osteoporosis

Benefits unlikely to be achieved within 1 year, increased short–intermediate term risk of associated ADEs particularly venous thromboembolism and stroke [57]

G4. Long-term oral NSAIDs

Increased risk of side effects (peptic ulcer disease, bleeding, worsening heart failure, etc.) when taken regularly for ≥2 months [62–64]

G5. Long-term oral steroids

Increased risk of side effects (peptic ulcer disease, etc.) when taken regularly for ≥2 months. Consider careful dose reduction and gradual discontinuation [65]

Section H: Urogenital system

H1. 5-Alpha reductase inhibitors

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation [66, 67]

H2. Alpha blockers

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation [66, 67]

H3. Muscarinic antagonists

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation, unless clear history of painful detrusor hyperactivity [66, 67]

Section I: Endocrine system

I1. Diabetic oral agents

Aim for monotherapy. Target of HbA1c < 8%/64 mmol/mol. Stringent glycaemic control is unnecessary [68]

I2. ACE-inhibitors for diabetes

Stop where prescribed only for prevention and treatment of diabetic nephropathy. There is no clear benefit in older people with advanced frailty with poor survival prognosis [69]

I3. Angiotensin receptor blockers

Stop where prescribed only for prevention and treatment of diabetic nephropathy. There is no clear benefit in older people with advanced frailty with poor survival prognosis [69]

I4. Systemic oestrogens for menopausal symptoms

Increases risk of stroke and VTE disease. Discontinue and only consider recommencing if recurrence of symptoms [57]

Section J: Miscellaneous

J1. Multi-vitamin combination supplements

Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment

J2. Nutritional supplements (other than vitamins)

Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment [70]

J3: Prophylactic antibiotics

No firm evidence for prophylactic antibiotics to prevent recurrent cellulitis or UTIs [71–73]

MedStopper.com

- Site internet canadien interactif d'aide à la déprescription. Une **priorité d'arrêt** est suggérée entre les médicaments selon leurs indications. Le tri se fait du médicament le plus ou moins favorable à être cessé (du rouge au vert) . Le jugement clinique doit primer
- Il priorise les rx à selon le potentiel à:   
 - **Potentiel du médicament à améliorer les sx (selon indication)**
 - Potentiel de réduire le risque de maladie future (selon indication)
 - Probabilité à causer des dommages (si choix de **personne âgée frêle** : vulnérable)
- Il suggère souvent une **séquence de diminution** des médicaments et les symptômes à surveiller
- Attention : traduction française peut être inégale

Partenaires: Université de Colombie-Britannique , Institut canadien d'information sur la santé

MEDSTOPPER

BETA

Languages: English (EN)

Starting medications is like the bliss of marriage and stopping them is like the agony of divorce. - Doug Danforth

HOME

ABOUT

FAQs

RESOURCES

CONTACT

MedStopper is a deprescribing resource for healthcare providers and their patients.

1 Frail elderly?

2 Generic or Brand Name:

Gaba

3 Select Condition Treated:

- Select Condition
- epilepsy
- other
- pain
- unknown

Generic Name	Brand Name	Condition Treated	Add to MedStopper
gabapentin	Neurontin	Select Condition	ADD
pregabalin	Lyrica	Select Condition	ADD
vigabatrin	Sabril	Select Condition	ADD

◀ Previous Next ▶

MedStopper Plan

Arrange medications by:

Stopping Priority

CLEAR ALL MEDICATIONS

PRINT PLAN

Stopping Priority RED=Highest GREEN=Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Improve Symptoms?	May Reduce Risk for Future Illness?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/STOPP Criteria
	gabapentin (Neurontin) / Antiepileptic / unknown				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.		None

	gabapentin (Neurontin) / Antiepileptic / unknown				decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.		None
	gabapentin (Neurontin) / Antiepileptic / pain				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.	return of symptoms, pain	None
	gabapentin (Neurontin) / Antiepileptic / epilepsy				Reduce dose by 10-25% every month. If seizure activity occurs, go back to approximately 75% of the previously tolerated dose.	return of seizures, no need to measure drug levels	None

Polypharmacy.ca

Site internet néo-écossais donnant des lignes de conduite de prescription chez les **personnes âgées frêles** :

- Diabète de type 2
- Hypertension
- Lipides
- Bactériurie

Différents outils sur la fragilité: échelle de fragilité et évaluation de la fragilité pour planifier les soins.

Partenaires: Université de Dalhousie, Path (Palliative and Therapeutic Harmonisation) Program. Nova Scotia Health and Wellness

home

▼ about this project

▼ guidelines

▼ educational resources

geriatric assessment tools

preparation for medication reviews

contact us

Website Disclaimer / Terms Of Use
Questions? Please email: admin@polypharmacy.ca

© 2013 Polypharmacy.ca

Hypertension

This is a consensus guideline for the pharmacological management of hypertension with frailty. This information was developed by the Dalhousie University Academic Detailing Service and the Palliative and Therapeutic Harmonization (PATH) Program.

This guideline is unique in that it focuses equally on when to stop and when to start medications. We recommend stopping antihypertensive medications that are used for the sole purpose of keeping the systolic blood pressure (SBP) below 140 mmHg, although we are unable to make treatment recommendations for frail older adults with previous stroke (see below).

Recommendations

- ▶ Carefully review the risks and potential, but unproven, benefits of treatment.

Methods for measuring blood pressure

- ▶ Decisions about treatment should be based on blood pressure measurements in the seated (not supine) position, while also considering the presence of orthostasis.
- ▶ To evaluate orthostasis, measure BP lying, then immediately on standing and after 2 minutes. Ask the patient if they feel lightheaded or dizzy when standing.

Stopping treatment

- ▶ If sitting SBP is <140mmHg, medications can be tapered and discontinued to achieve the targets described in the guideline.
- ▶ Before discontinuation, consider if the medications are treating additional conditions, such as rate control for atrial fibrillation or symptomatic management of heart failure.

We are unable to make treatment recommendations for frail older adults at high risk for cardiovascular events. In particular, whether or not to discontinue treatment for individuals with a history of previous stroke is uncertain (see rationale: High Risk due to Previous Stroke)

OncPal: Oncologic palliative care deprescribing guideline

Étude australienne ayant validé des lignes directrices pour la déprescription chez 61 patients dont px < à 6 mois

- ASA
- Hypolipémiants et antihypertenseurs
- Rx ostéoporose
- Prophylaxie ulcère peptique
- Hypoglycémiants oraux
- Vitamines et minéraux

Support Care Cancer 2015; 23:71-78

Medication class	Medication	Considerations for limited benefit	Explanation
Blood and blood-forming organs	Aspirin	For primary prevention only.	Long-term benefits at population level. Little short or intermediate term risk of stopping (1). Drugs for primary prevention have, in general, no place in the treatment of end-of-life patients since the time-to-benefit usually exceeds life expectancy (2).
Cardiovascular system	Dyslipidaemia medications Statins Fibrates Ezetimibe	All indications.	Long-term benefits at population level. Little short or intermediate term risk of stopping (1).
	Antihypertensives ACE inhibitors Sartans Beta blockers Calcium channel blockers Thiazide Diuretics	If sole use is to reduce mild to moderate hypertension for secondary prevention of cardiovascular events or as management of stable coronary artery disease. ^{ab}	Long-term benefits at population level. Ongoing therapy unnecessary in most shortened life expectancy (1).

Guide pratique des soins palliatifs

- Chapitre 29: Arrêt des médicaments en soins palliatifs
 - Classification des médicaments selon nécessité médicale
 - Médicaments pouvant causer un sevrage
 - Arrêt des médicaments pouvant causer sevrage

Médication essentielle

- Analgésiques
- Antiémétiques
- Anxiolytiques
- Sédatifs
- Antipsychotiques
- + Médication contre embarras respiratoire et surcharge

Médication non essentielle: considérer l'arrêt

- Hypolipémifiants
- Biphosphonates
- Antidépresseur (pour effet antidépresseur, sevrage requis)
- Laxatifs (derniers jours de vie, exceptions possibles)
- Antiacides
- Anticoagulants et antiplaquettaires
- Antibiotiques (sauf si visée analgésique, ex: infection urinaire)
- Hormones
- Suppléments (fer et vitamines)
- ASA

Guide pratique des soins palliatifs , 5^e édition

Médication auparavant essentielle: considérer l'arrêt

- Cortico (ou sevrage à dose minimale)
- Hypoglycémiants
- Insuline prise régulièrement
 - GARDER insuline si glycémie sup à 15 ?
- Cardio
 - Antihypertenseurs (sevrage selon rx)
 - Antiarythmiques
 - Diurétiques (pas si ICC)
- Anticonvulsivants
- AINS
- Immunosupresseurs
- - Antiparkinsoniens: si rigidité levo-carbidopa (Sinemet^{MD}) IR ??

Guide pratique de soins palliatifs, 5^e édition

Critères présentés

- Pour amorcer notre réflexion, j'ai choisi de vous présenter un résumé de l'information disponible pour 7 rx ou pathologies.
- Les critères diffèrent beaucoup, le jugement clinique doit primer.
- Pour alléger la présentation, je ne mettrai l'emphasis que sur certains critères.
- Ceci se veut un outil pour consultation future.
- Consulter les références pour obtenir les informations plus complètes

Critères : IPP

OncPal et réf (2) en prophylaxie:

-  si pas hx (saignement GI , ulcère peptique, RGO) ou si pas AINS ou cortico

STOPPFrail

-  si dose thérapeutique ≥ 8 sem et pas sx dyspepsie à faible dose

Deprescribing.org (pas distinction pour pt frêle)

- = Oesophagite sévère ou de Barrett, us chronique AINS + risque de saignement, ATCD ulcère GI avec saignement
- réévaluer à 4 et 12 sem
 -  ou PRN: si pas sx oesphagite légère/modérée et de RGO (tx x 4 - 8sem)
 -  si tx ulcère peptique x 2-12 sem (AINS ou H pylori), ATCD sx sans endoscopie sans sx x 3 jours ,ancien tx prophylaxie ulcère stress USI ,Tx H pylori sans sx x 2 sem)

MedStopper: si tx x 3-4 sem et pas sx :

-  si prévention ulcère : priorité O, sx 
-  si RGO et dyspepsie ; priorité J, sx 

Critères : anti psychotiques

Deprescribing.org (pas distinction pour pt frêle)

- ↓ et ⚡ si pas de sx ou pas efficace malgré tx ≥ 3 mois pour psychose, agressivité, agitation (SCPD) : ↓ 25-50% q 1-2 sem
- ⚡ si insomnie primaire ou secondaire
- = si maladie psychiatrique chronique (schizo, MBP, tics, autisme, Tourette, TOC, retard mental ou du développement...), abus (ROH, cocaïne), psychose PK, délirium aigu, adjuvants dépression majeure...

STOPPFrail:

- ↓ et ⚡ si tx ≥ 12 sem sans sx psy et comportementaux de la démence

MedStopper: tx x 3-4 sem et pas sx :

- ↓ si pas indication (priorité RF, sx 😞)
- ↓ si schizo ,dépression, agitation, démence, MBP (priorité R ,O, sx 😊)

APES

- = essentiel

Critères : démence

Deprescribing.org.

-  pas dx démence
- démence Alzheimer, pk, corps de Lewy (IChE, memantine (Ebixa^{MD})) ou vasculaire.
 - Tx > 1 an :  si pas avantage, **détérioration, sévère et terminale**
 - Tx < 1 an :  si interaction, intolérance, agitation, inobservance

STOPPFrail: pas consensus pour IChE

-  si memantine (Ebixa^{MD}) dans **démence sévère à modérée**, sauf si amélioration évidente **des SCPD**. Surveillance

INESSS: DTA et démence mixte

-  x 2 -4 semaines, suivi x 1 mois: si **effets indésirables** incommodants ou intolérables, **état clinique aggravé** suivant amorce du tx, autres maladies rendent le **risque inacceptable ou tx futile**, consentement accordé, **démence avancée (stade 7), inobservance non résolue**

Critères : démence

MedStopper

- ↓ si alzheimer, parkinson : priorité 0, sx 😊)

Canadian Pharmacist Letter (réf 1)

- Majorité des rx non bénéfiques, ⚡ si pas bénéfice x 3-6mois, maladie avancée ou effets indésirables (réf 1) ,

J Pain Palliat Care Pharmacother (réf 2)

- toujours futile

Pharmacotherapy (réf 14)

- si effets indésirables, pas efficacité, <MMSE 15 (sans px)

Critères: HTA

Oncpal  si HTA légère à modérée en prévention secondaire,
Polypharmacy

- = TA visée:
 - entre 140 et 160 avec rx si pas HTO, pas effet indésirable
 - Très frêle avec px court TA 160-190 peut être raisonnable
-  si TA < 140 (pas de consensus si ACV récent)

MedStopper: si tx x 3-4 sem et pas sx

-  priorité , sx 

APES

-  à considérer

J Pain Palliat Care Pharmacother (réf 2)

-  si TA < 90_s ou 60_D, sx hypotension

Critères: ICC

MedStopper: si tx x 3-4 sem et pas sx :

- Furosémide (Lasix^{MD}) : priorité J, sx 😊
- IECA,ARA: priorité J, sx 😐
- Digoxine (Lanoxin^{MD}): priorité O, sx 😞

APES

- 🚫 à considérer en cardio.... Attention ICC

Adapter voie administration BG pour furosémide

Critères: tx du diabète

Deprescribing (insuline et hypoglycémiants oraux)

- Pt frêle avec comorbidités : HbA1c < 8,5 % et glycémie < 15 acceptable
- Fin de vie : glycémie < 15 acceptable

STOPPFrail

- Hypoglycémiants oraux: Privilégier monothérapie, viser HbA1c < 8, pas de suivi serré

OncPal  si hypoglycémiants oraux, si hyperglycémies légères

Polypharmacy (insuline et hypoglycémiants oraux DB II)

- Glycémie 10 à 20 peut être acceptable
- HbA1c : 8 à < 12 acceptable si pas sx, > 12 si pas de sx réversible (polyurie)

MedStopper: hypoglycémiants oraux

- Si pas sx : priorité R, sx  , si sx hyper: priorité O, sx 

APES

-  à considérer si hypoglycémiant oral et insuline régulière

J Pain Palliat Care Pharmacother (réf 2)

-  si glycémie à jeûn < 5 , si sx hypoglycémie

Critères: rx ostéoporose

STOPPFrail, OncPal

-  si pour ostéoporose : biphosphonates, teriparatide (Forteo^{MD}), denosumab (Prolia^{MD}), stroncium

OncPal

- = si hypercalcémie secondaire aux métastases osseuses

MedStopper

- pas d'analgésie dans les indications
- Priorité J, sx 

APES

-  à considérer

Pharmacotherapy (réf 14)

-  traiter 3-5 ans et congé 1-2 ans sauf si fx pendant tx

J Pain Palliat Care Pharmacother (réf 2)

- = méta osseuses, lésions lytiques myélome multiple

Cas

- Femme 66 ans
 - Néo pulmonaire
 - Métastases osseuses, cutanées, médiastinales , rétropéritonéales
 - Douleurs au cou et au visage surtout

Cas

Rx lourde à l'admission

- Fentanyl (Duragesic^{MD}), ED morphine , citalopram (Celexa^{MD}), pregabalin (Lyrica^{MD}), crème kétamine+lidocaïne
- Carbamazépine non efficace lors de l'essai il y a 18 mois
 - Inducteur : diminue Cp de $\approx 50\%$ de
 - Méthadone, dexaméthasone (Decadron^{MD}), clonazépan (Rivotril^{MD}), duloxétine (Cymbalta^{MD}), zopiclone (Imovane^{MD}), pantoprazole (Pantoloc^{MD})
- Plan :
 - Sevrer carbamazépine (Tegretol^{MD})
 - Cesser fentanyl pour morphine SC
 - Éviter toxicité des coanalgésiques
 - Ajouter flécaïnide

Cas

Effacer	Interagir		
	Analyser	Comparer	
Médicaments			
	Clonapam (CAN)		
	Cymbalta		
	Dexamethasone (Systemic)		
	Imovane (CAN)		
	Methadone		
	Pantoloc (CAN)		
	TEGretol		

Lexicomp



Cas

Lexicomp

 Interagir **Interagir** 

Médicaments

-  Methadone >
Clonapam (CAN) (Benzodiazepines) >
-  Clonapam (CAN) (CYP3A4 Substrates) >
TEGretol (CYP3A4 Inducers (Strong)) >
-  Cymbalta (CYP1A2 Substrates) >
TEGretol (CYP1A2 Inducers (Strong)) >
-  Dexamethasone (Systemic) >
TEGretol (CYP3A4 Inducers (Strong)) >
-  Imovane (CAN) (CYP3A4 Substrates) >
TEGretol (CYP3A4 Inducers (Strong)) >
-  Methadone >
TEGretol (CarBAMazepine) >
-  Pantoloc (CAN) (CYP2C19 Substrates) >
TEGretol (CYP2C19 Inducers (Strong)) >
-  Clonapam (CAN) (CNS Depressants) >
Imovane (CAN) (CNS Depressants) >
-  Cymbalta (Serotonin Modulators) >
Methadone (Serotonin Modulators) >
-  Cymbalta (Serotonin Modulators) >
Methadone (Analgesics (Opioid)) >

Cas

Aide relative à l'interaction Terminé

NIVEAUX D'INTERACTION

-  X : Évitez les associations
-  D : Envisager une modification de la thérapie
-  C : Contrôler la thérapie
-  B : Aucune action requise
-  A : Aucune interaction connue

Cas

- Évolution
 - Sevrage graduel de la carbamazépine (Tegretol^{MD}) x 2 sem
 - Ajustement des doses x 1 mois pour éviter toxicité
 - méthadone
 - Duloxétine (Cymbalta^{MD})
 - Périodes de délirium, hallucinations, anxiété: surdosage ou atteinte cérébrale ?
 - Radiothérapie et ajout de naproxen (Naprosyn^{MD})
 - Mieux soulagée , mais atteintes cognitives progressent sans doute en partie par atteinte paranéoplasique

Références

1. Polypharmacy and the Art of Deprescribing, vol 2018, course no 211. Dans: canadianpharmacistletter.therapeuticsresearch.com.aces.../ceCourse (pages consultées le 30 mars 2018).
2. Oliveira L,Oliveira Ferreira, Rola A, et al. Deprescription in advanced aancer patients referred to palliative care. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2016;30:201-205.
3. LeBlanc TW, McNeil MJ,Kamal AH et al. Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation. *Lancet Oncol* 2015;16:333-341.
4. Lindsay J, Dooley M, Martin J et al. Reducing potentially inappropriate medications in palliative cancer patients: evidence to support deprescribing approaches. *Support Care Cancer* 2014; 22:1113-1119.
5. Withdrawing treatment and deprescription. Dans: palliAGED.com. (pages consultées le 31 mars 2018).
6. Lindsay J, Dooley M, Martin J et al. The development and evaluation of an oncological palliative care deprescribing guideline: the « OncPal deprescribing guideline ». *Support Care Cancer* 2015; 23:71-78.
7. Lavan AH, Gallagher P, Parson et al. STOPPFrail (Screaning tool of older persons prescriptions in frail adults with limited life expectancy) : concensus validation. *Age and Aging* 2017; 46: 600-607

Références

8. Mc Neil MJ, Kamal AH, Kutner JS et al. The burden of polypharmacy in patients near the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51: 178-183.
9. Kotlinska-Lemieszek A, Paulsen O, Kaasa S et al. Polypharmacy in patients with advanced cancer and pain: a european cross-sectional study of 2282 patients. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48: 1145-1159.
10. Poudel A, Yates P, Rowett D et al. Use of preventive medication in patients with limited life expectancy: a systematic review. *J Pain Symptom Manag* 2017; 53: 1097-1110.
11. Sharma M, Ioh KP, Nightingale G et al. Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. *J Geriatr Oncol* 2016: 346-353.
12. Lees J, Chan A. Polypharmacy in elderly patients with cancer : clinical implications and management. *Lancet Oncol* 2011; 12: 1249-1257.
13. Garfinkel D, Ilhan B, Bahat G. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. *Ther Adv drug Saf* 2015; 6:212-223.
14. Bemben NM. Deprescribing: an application to medication management in older adults. *Pharmacotherapy* 2016; 36: 774-780.

Références

15. Reeve E, Shakib S, Hendrix I et al. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. Br J Clin Pharmacol 2014;78: 738-74.
16. Ting YT, Yin TX, Si P et al. Drug-related problems in elderly patient with cancer receiving outpatient chemotherapy. J Geriatr Oncol 2015; 280-287.
17. Phung E, Triantafylidis L, Zhang H et al. New media , part 5: online deprescribing tools. J Pall Med 2018; 21: 269-270.
18. Filion J, Nguyen P. Annexe 10. Gestion des symptômes moteurs de la maladie de Parkinson en UCDG. In: Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 2ième édition. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017. Reproduit avec la permission du RUSHGQ (www.rushgq.org).
19. Le traitement pharmacologique: maladie d'Alzheimer et démence mixte. INESSS mars 2015.
20. Payne RA, Abel GA, Avery AL et al. Is polypharmacy always hasardous? a retrospective cohort analysis using linked electronic health record from primary and secondary care. Br J Clin Pharmacol 2014; 77: 1072-1082.
21. Site internet deprescribing.org , pages consultées le 20 avril 2018.
22. Site internet polypharmacy.ca, pages consultées le 20 avril 2018.
23. Site internet medstopper.com, pages consultées le 20 avril 2018.

MERCI

