



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Mostefa BENBOULAIID Batna 2
Faculté de Médecine
Département de Pharmacie



SOLUTION TD DE PHARMACIE CLINIQUE

5^{ème} année

A/U : 2023/2024

Analyse de cas cliniques en Neuropsychiatrie

Dr. A. AHMANE

Ordonnance N° 01

I- Questions à se poser dès la réception de l'ordonnance

- 1- Pour qui : adulte de 40 ans/ conformité des formes et des dosages ++
- 2- Par quel médecin : généraliste ? Recevabilité de l'ordonnance +++
- 3- Conformité de la forme (Données médico légales) : recevabilité +++++

II- Analyse de la cohérence de la prescription

1- A quelles familles thérapeutiques appartiennent les médicaments ?

Escitalopram : Antidépresseur IRSS

Zopiclone: hypnotiques, sédatif, apparenté aux BZD

2- Pour quelles indications ?

- Traitement des épisodes dépressifs majeurs
- Traitement des troubles anxieux
- Traitement de l'insomnie

3- Conformité à la stratégie thérapeutique de référence ?

Acceptable pour escitalopram:

- bien toléré
- délai d'action 3 à 6 sem (amélioration de l'humeur)
- durée au moins 6 mois après normalisation
- arrêt progressif (rebond)

Conforme pour Zopiclone

4- Respect des règles particulières de prescription ?

Pour Zopiclone : liste I, prescription limitée à 4 semaine

5- Recherche de contre-indications ?

Zopiclone : HS, Iresp sévère, Apnée du sommeil, IH sévère , Myasthénie

6- Recherche d'interactions médicamenteuses : RAS

III- Conseils au patient

1- Information sur les effets indésirables ?

Concernant zopiclone: agitation, cauchemars, baisse de la vigilance, somnolence, sécheresse buccale, nausée, céphalées, éruptions cutanée

2- Nécessité de surveillance particulière : dépendance????, tolérance , rebond

3- Autres précautions : Conduite de véhicules et machines

Ordonnance N° 02

I- Questions à se poser dès la réception de l'ordonnance

1- Pour qui : femme adulte/ conformité des formes et dosages++++

2- Par quel médecin : psychiatre +++++

3- Conformité de la forme (Données médico légales) : recevabilité+++++

II- Analyse de la cohérence de la prescription

1- A quelles familles thérapeutiques appartiennent les médicaments ?

- Théralithe : carbonate de lithium, régulateur de l'humeur
- Xeroquel : quétiapine, antipsychotique atypique
- Xanax : alprazolam, BZD
- Prozac : fluoxétine, IRSS

2- Pour quelles indications ?

Troubles bipolaires

Anxiété

Agitation

3- Conformité à la stratégie thérapeutique de référence ?

Sel de lithium : TRT efficace des troubles bipolaires

Association à un antidépresseurs et un antipsychotique : possible

BZD : pour l'effet sédatif

Délais d'action : au moins 2 semaines

4- Respect des règles particulières de prescription ? BZD: stupéfiants, durée maximale 12 semaines, renouvelable par une nouvelle prescription

5- Recherche de contre-indications ?

Théralithe: Cardiaques, grossesse

BZD: I resp, Ihep, myasthénie, apnée du sommeil

6- Recherche d'interactions médicamenteuses ?

Théralithe: Na, diurétiques, AINS

Quétiapine: mdcts allongeant QT

Alprazolam: RAS

Fluoxétine: mdcts sérotoninergiques

III- Conseils au patient

1- Information sur les effets indésirables ?

Teralithe: Troubles cardiaque, thyroïdiens, soifs, polyurie

Quétiapine: effets extrapyramidaux, atropiniques, alpha bloquants et anti H1

Alprazolam: bien toléré, somnolence, ralentissement psychomoteur

Fluoxétine: syndrome 5HT

2- Nécessité de surveillance particulière ?

Lithium: bilan cardio, rénal, thyroïdien, hépatique, lithiémie, régime

3- Autres précautions ?

Éviter l'automédication

Conduction de véhicules et machines

Prise de poids

Cas clinique N°01 :

1. Le diagnostic posé est celui de céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux (migraine chronique), sur la base des éléments suivants :

- durée moyenne quotidienne des céphalées > 4 heures/j ;
- antécédents de migraines selon les critères IHS ;
- au moins 15 jours/mois de céphalées chroniques depuis plus d'un mois ;
- consommation quotidienne d'antalgiques non spécifiques.

2. La prise en charge initiale de cette patiente consiste au sevrage médicamenteux (en ambulatoire ou en service hospitalier) avec possible recours à un traitement par amitriptyline.

3. Le meilleur traitement sera, dans ce cas :

Le recours à des traitements préventifs non médicamenteux de type relaxation, thérapies comportementales.

Éviter l'usage abusif, en particulier en automédication, des antalgiques.

Traitement de la crise selon le besoin et sous recommandations du médecin

La tenue d'un cahier de suivi : fréquence des crises / consommation médicamenteuse.

Si prise > 6 -8 /mois (pour Traiter des crises) depuis plus de trois mois : recours au traitement de fond.

Cas clinique N°02 :

Justification du traitement :

- gêne fonctionnelle
- âge
- absence de troubles cognitifs

1- Traitement de choix : Agoniste dopaminergique :

- Activité similaire des molécules.
- Les molécules de structure non ergotée sont préférées
- Opter pour une forme LP

2. Quelles sont les modalités d'initiation du traitement ?

Démarrage à la petite dose possible : 2 mg

Augmentation progressive par paliers de 2 mg chaque semaine jusqu'à atteindre la posologie minimale efficace : 8 mg/j.

3. Quelle solution peut être proposée ? Administration de dompéridone 15 à 30 minutes avant la prise du ropinirole

4. Quel traitement est-il possible d'associer à la phase initiale de la maladie ?

IMAO B sélectif : Rasagiline.

5. Quelle est la conduite à tenir dans cette situation ? Réduire la posologie de l'agoniste dopaminergique, arrêter le traitement, changer de molécule

6. Quelle attitude peut être adoptée ?

Augmentation de la posologie limitée par la survenue de troubles du comportement.

Addition de petites doses de L-dopa : 50 mg 3 fois/j

Cas clinique N°03

1. Paracétamol ou tramadol, *per os* ou IV

Plutôt IV pour une action rapide

Pas d'AINS car patient sous AVK et âgé.

2. Association de tramadol LP + forme à LI en interdose, sans dépasser 400 mg/j.

3. Passer au palier supérieur : opioïde fort.

Vérifier l'absence de contre-indication.

En titration par voie orale, à faible dose car sujet âgé et aucune donnée sur sa fonction rénale.

Justifications :

- douleurs intenses non soulagées par le paracétamol et les antalgiques de palier 2 ;
- AINS déconseillés en association avec la fluindione et sujet âgé.

4. Surdosage en opioïde fort

5. Arrêt du fentanyl et hospitalisation.

Exploration de la sédation et de la respiration pour optimiser la prise en charge

Dépression respiratoire confirmée agir en urgence :

Stimuler le patient ;

Antidote Narcan® (naloxone) : 0,4 mg ;

Surveillance

6. TRT laxatif par voie orale (osmotique ou stimulant), rectale MHD

Réduction progressive des doses et passage à l'antalgique de palier II

Bithérapie laxative, lavement rectal, antagoniste morphinique***.

7. Choisir les opioïdes sous forme LP et LI

Calculer la dose équianalgésique (sujet âgé: diminuer la dose d'environ 25 %, surveiller les effets indésirables et effectuer une évaluation rapprochée de la douleur pour adapter les doses).

8. La prescription d'opioïde fort dans ce cadre est bien dans l'AMM mais il y a plusieurs inconvénients : effets indésirables, notamment troubles cognitifs et risque de chute, risque addictif (faible), efficacité non assurée.

9. D'autres solutions pour l'antalgie :

Antidépresseurs

Antiépileptiques

Thérapies non médicamenteuses