



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



TD DE PHARMACIE CLINIQUE

5^{ème} année

A/U : 2023/2024

Analyse de prescription en neuropsychiatrie

Dr. A. AHMANE

Objectifs

1. Apprentissage de l'analyse d'une ordonnance ;
2. Connaître les questions à se poser devant une prescription afin de cerner les éléments de l'analyse ;
3. Initiation à la démarche de l'analyse de cas clinique en neuropsychiatrie.

Introduction

Le rôle du pharmacien dans son exercice de la pharmacie clinique est d'optimiser les thérapeutiques, notamment en milieu hospitalier au lit du malade, mais aussi de prévenir et de gérer l'iatrogénie.

Le pharmacien est, alors, tenu d'analyser les prescriptions et de vérifier la cohérence des traitements avec les objectifs thérapeutiques et le terrain du patient afin :

- de détecter les risques et les éventuels problèmes qui peuvent être liés à la prescription ;
- d'en fournir les solutions pour les éviter ou les corriger ;
- de donner le bon conseil au patient et de participer à son éducation thérapeutique.

La pharmacie clinique peut également être pratiquée en officine ; le pharmacien est tenu, alors, d'analyser et de valider l'ordonnance avant de dispenser les traitements aux patients. L'éducation thérapeutique et les conseils aux patients demeurent un des principaux champs d'action du pharmacien.

Il est à noter que chaque ordonnance et chaque cas clinique doivent être considérés comme une situation à part où le patient, les pathologies, les traitements et tout ce qui s'y lie doivent être pris en compte dans leur ensemble. Il est toutefois possible d'énumérer quelques règles générales à suivre dans l'analyse.

Ce TD propose des exemples d'ordonnances à analyser et des situations problématiques, à travers lesquelles l'étudiant est initié à l'analyse de cas cliniques dans le domaine de la neuropsychiatrie.

Étapes clés de l'analyse d'une ordonnance

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

- 1- Pour qui ?
- 2- Par quel médecin ?
- 3- Conformité de la forme (Données médico légales) ?

II- Analyse de la cohérence de la prescription

- 1- A quelles familles thérapeutiques appartiennent les médicaments ?
- 2- Pour quelles indications ?
- 3- Conformité à la stratégie thérapeutique de référence ?
- 4- Respect des règles particulières de prescription ?
- 5- Recherche de contre-indications ?
- 6- Recherche d'interactions médicamenteuses ?

III- Conseils au patient

- 1- Information sur les effets indésirables ?
- 2- Nécessité de surveillance particulière ?
- 3- Autres précautions ?

Analyse d'un cas clinique

- 1- Définition des médicaments, classes thérapeutiques et mécanismes d'actions
- 2- Identification des objectifs thérapeutiques et discussion de la cohérence du traitement
- 3- Identification du (des) problème(s) : effets, indésirables, contre-indications, interactions médicamenteuses, absence de réponse ou réponse insuffisante, posologie insuffisante ou trop élevée, signes de surdosage.....
- 4- Définition des conduites à tenir pour éviter ou régler les problèmes
- 5- Formulation d'avis pharmaceutiques fondés sur des arguments scientifiques
- 6- Identification des conseils à donner aux patients par rapport à sa pathologie et ses traitements.

Ordonnance N° 01 :

Dr T. Médecin généraliste

N° d'ordre :XXXX

Mr M, 40 ans

- **Escitalopram 10mg : 1cp/jr pdt 1 mois**
- **Zopiclone 7,5mg : 1cp au coucher pdt 15 jours**

Date et cachet du médecin

Ordonnance N°02 :

Dr B. Psychiatre

N° d'ordre :XXXX

Mme C, 64 ans, 79kg, 1m65

- **Téralithe 400 LP : 1cp /soir** **QSP 3mois**
- **Xeroquel 300 LP : 1cp le soir** **QSP 3mois**
- **Xanax 0,5 : 1 cp x2/jr** **QSP 3 mois**
- **Prozac 20mg : 2cp le matin** **QSP 3mois**

Date et cachet du médecin

Cas clinique N°01 :

Une femme de 38 ans consulte son médecin pour des céphalées quotidiennes durant depuis plus de 6 mois. Elle souffre depuis plusieurs années de migraine sans aura les premiers jours de son cycle menstruel, traitées jusqu'à il y a 6 mois efficacement par paracétamol et ibuprofène. La situation a empiré il y a environ 6 mois suite à des difficultés professionnelles et personnelles. La céphalée est pulsatile, continue, et se renforce le soir à domicile. Cette patiente consomme de manière quasi permanente des antalgiques divers. L'examen clinique est pour le reste normal.

1. Quel type de céphalées ce tableau clinique vous évoque-t-il ?
2. Quelle prise en charge initiale peut-on envisager dans cette situation ?
3. Au-delà de cette prise en charge initiale, que peut-on proposer pour cette patiente ?

Cas clinique N°02 :

M. X., 45 ans, agriculteur, se plaint d'une gêne fonctionnelle du membre supérieur gauche. Le bilan rhumatologique est négatif et le patient ne présente pas d'antécédent de maladie cardiaque ou psychiatrique. L'examen clinique retrouve un syndrome akinéto-hypertonique du membre supérieur gauche isolé. Une maladie de Parkinson est fortement suspectée et c'est la réponse au traitement qui confirme le diagnostic.

1. Quel traitement peut être débuté chez ce patient ?

Le ropinirole est choisi chez ce patient.

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

Le patient se plaint de nausées survenant dans les 30 minutes qui suivent la prise.

3. Quelle solution peut être proposée ?

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

Le patient est bien équilibré sur le plan moteur mais son épouse signale des troubles du comportement.

5. Quelle est la conduite à tenir dans cette situation ?

Deux ans plus tard, le patient n'a plus de troubles du comportement mais est moins bien contrôlé sur le plan moteur, ce qui gêne son activité professionnelle.

6. Quelle attitude peut être adoptée ?

Cas clinique N°03

M. P., âgé de 78 ans, souffre d'une lombosciatique droite L5 hyperalgique depuis 3 semaines, suite à un effort de soulèvement. Il arrive aux urgences pour un état hyperalgique avec une évaluation de la douleur à l'EN de 90/100. Les douleurs, qui étaient initialement d'horaire mécanique, sont devenues presque permanentes. Le patient a des antécédents d'embolie pulmonaire (il y a 6 mois), traitée par anticoagulant, une HTA, une hypercholestérolémie et une hypertrophie bénigne de prostate. Son traitement est le suivant :

fluindione (cp, 1 fois/j) ; amlodipine (5 mg/j) ; atorvastatine (10 mg/j).

À l'examen clinique, on relève : raideur lombaire (Schöber :10 + 3 cm), pas de signe de Lasègue, examen des hanches normal. Pas de déficit sensitivomoteur des membres inférieurs, réflexes ostéotendineux présents et symétriques ; réflexes cutanéoplantaires en flexion et pas d'anesthésie en selle. Son poids est de 68 kg ; sa pression artérielle, de 170/90 mmHg, sa fréquence cardiaque à 72/min et sa température à 37 °C.

1-Quel traitement médicamenteux pourrait soulager ce patient ? justifier

Le médecin traitant opte pour le tramadol

2. Comment gérer les accès douloureux ?

Malgré le traitement, M. P. semble être toujours douloureux.

3. Quel traitement entreprendre pour être plus efficace ? Comment est -t-il instauré ?

Le médecin a prescrit des opioïdes forts par voie transdermique : Fentanyl® transdermique 50 µg/h. Le patient devient somnolent. La pression artérielle est à 120/80 mmHg.

4. Que suspectez-vous ?

5. Quelle est la conduite à tenir ?

72 heures après, M. P. va nettement mieux, il évalue sa douleur sur une EN à 20. Il signale qu'il n'a pas eu de selles depuis 4 jours et qu'il vomit. L'abdomen est distendu, non douloureux, avec quelques bruits hydroaériques à l'auscultation. Après bilan, il s'agit d'une constipation probablement induite par les opioïdes forts et l'alitement.

6. Comment gérer cet évènement indésirable ?

Au bout de quelques jours, M. P. se plaint d'un prurit gênant avec des lésions de grattage, sans éruption cutanée. Le diagnostic retenu après bilan étiologique est celui de prurit iatrogène lié aux opioïdes forts. Il est bien équilibré sous sulfate de morphine 30 mg matin et soir, avec 2 à 3 interdoses de 5 mg/24 h de sulfate de morphine à LI. Comme il ne répond pas aux antihistaminiques, le médecin décide de faire une rotation des opioïdes.

7. Expliquer le principe de la rotation ?

6 mois plus tard, M. P. souffre toujours d'une lombosciatique sur arthrose évoluée du rachis. Il décrit surtout des brûlures permanentes du membre inférieur droit avec des décharges électriques, des sensations d'étau. Son médecin a dû poursuivre la prescription d'opioïdes forts.

8. Qu'en pensez-vous ?

9. Que peut-on envisager ?