

DECISION THERAPEUTIQUE PERSONNALISÉE

SP, TT
Génia

SUJETS A RISQUE

- item 319

- ✖ Enfants car être en croissance, immaturité des syst d'abs % élimination
 - adaptation poids / poso, accord parents, privilège liquide <6a / Ø IM / éviter V rectale
- ✖ >75a ou >65a polypatho tb cognitif, réaction parox, degré syst éliminat, polyméd.
 - poso (1/2) ⊕ adapter fct H & R, éviter polyméd & 1/2 ve lge, suivi !!
- ✖ ♀ enceinte car circw sg maternofoetale, ↑ clairance R, modif repart orga mère
 - ⚠ sevrage bb, tératogène J13-56 (12-37%) CI AVK, NTK, cycloⓄ, valproate, reinoïde, lithium, phenobarbi/toïke, misoprostol, carbimazol, carbamazépine, thalido, mycophénolate
foetotox M3 → 9 CI AINS, IEC/ARAZ
CRAT, Ⓞ automed, adapter fct terme / rx doppler
AOD
- ✖ Allaitement car cert rx passent ds le lait maternel
 - prise tt à distance des têtes, éviter 1/2 ve lge, info & respect CI AVK
- ✖ Obésité IMC > 30 car stockage / relargage adipeux → tr adap. poso & suivi !!
- ✖ IR v DFG v reabs → accumu méd
 - CI / éviter nephrotox : AINS, PCI, IEC/ARAZ, IPP, biⓄ, ciclosporine, tacrolimus, cert chimio certains anti infectieux
 - adapter poso à la FR Cockcroft et Gault, suivi !! & dosages
- ✖ IH car v elm H & v albu / transport rx ⚠ IHA = ↓ tt tt & vital
 - cirrhose CI AINS ictère CI aminoside
 - hepatopathie chro éviter IHG^a CI hepatotox = paracétamol, AINS, vit A, valproate antituberculeux, azathioprine.
 - adapter poso à la FH
 - ↳ Ca, antiD / antiC / hypno / anxo, morphine, β bloq, antiparki, stéatine, cisapride

PHARMACOGENETIQUE

→ genotype ≠ pharmacogénomique → phenotype

Variabilité de réponses aux tt avec des conséquences pharmacocinétique & dynamiques

Variabilité indiv not avec métaboliseurs lents ⚠ efficacité & rapides ⚠ CI, surdose

Recherche (SNP) → recherche du profil génétique pr améliorer rap. B/R

⇒ abacavir ; carbamazépine ; tr azathioprine & 6-mercaptopurine (Kc & transplante)

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Répertoriées dans le thésaurus ANSN si traduction clinique signifi tr-grave avec

→ CI !

↑ CI ∞ ↓ efficacité tt

- ✖ asso déconseillée (= surv étroite)
- ✖ précaution (= recommandations)
- ✖ à prendre en compte

Polymédication FdR d'interaction, iatrogénie, ↓ efficacité, Et grave/décès

Vigilance notamment vis à vis des anticoag, anticholi, IEC-ARAZ

⇒ Interaction pharmacocinétique = modif devenir dans l'organisme

chg la [C] × Absorption IPP, antiacides, -conazole

× Distribution albumine, AOD & miconazole ⚠ hémorragie

× Métabolisme \uparrow induc \oplus enzy rifampicine, DMT, millepertuis, phenobarbital

CYP450 # \uparrow retardé 1 sem \rightarrow \emptyset spé corticoïdes, carbamazépine Off chro, tabac

\uparrow inhib \ominus enzy erythro/clarithromycine, -floxacine, -conazole, quindine

immédiat \rightarrow spé CYP cidosporine, amiodarone, verapamil, cimétidine, difflizolam
ISRS, IPP, pamplemousse..

× Elimination AINS, IEC, lithium

\rightarrow \rightarrow DFG

⇒ Interaction pharmacodynamique = modif effet pharmaco, \uparrow tq

antagoniste \downarrow effet (LDOPA & anti dopa) ⚠ \emptyset efficacité

synergie \rightarrow effet (triptan & ergot de seigle) ⚠ surdosage

► PRESCRIPTION

Il faut la limiter à ce qui est nécessaire à la qualité / sécurité / efficacité des soins

→ respect des References Médicales Opposables RMO, indications & CI, posologie, mode d'admin, interactions med & conciliation médicamenteuse #

! Chez la PA, adaptation # & révision complète & régule de l'ordo Guides PAPA, START/STOP

FIN DU TRAITEMENT | items addiction

Quand Itt inefficace, Et ou guérison patho. \uparrow brutal ou progressif

⚠ Dépendance \neq % pharmaco (= rebond à l'arrêt) \Rightarrow arrêt prog progressif & suivi régulier #

FdR × age, sexe, codépendance, génétique, auto medic

× stress, environnement, cert. professions

% sd sevrage item 72

× anxio, \emptyset tropes, bzd, morphiniques, amphet, anti migraineux

→ déclaration obligatoire des cas de PDep / abus au centre Eval Info P.D dep & addictovigilance **CEIP**

GESTE INVASIF/ CHIR PROGRAMMÉ | \Rightarrow celt anesth

Jeûn préop \Rightarrow permet prise des Itt avec verre d'eau \rightarrow 2h avant (mieux de différer sip.)
 \Rightarrow ajuster les Itt du diabète ⚠ hypoglycémie

Les traitements à arrêter. \uparrow antipsychotique (OK bzd & anti parki)

• \downarrow AOD ⚠ acidose lactique ss biguanide \Rightarrow $\frac{1}{2}$ switch insuline

OK corticoïdes mais \Rightarrow X° MIN-MOD \oplus HC 25-75mg MAJ. \oplus HC 50mg/6h \rightarrow 72h postop

• \uparrow diurétiques, clopidogrel, IEC/ARAZ pr IC, aspirine en prev 1^a, AVK

OK β bloc, aspirine seule prev 2^a, IEC/ARAZ anti HTA

item 326