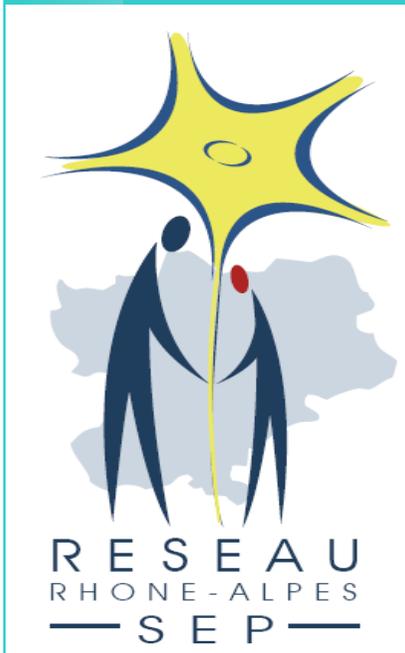


Place du pharmacien face aux traitements symptomatiques



Dr GIGNOUX Laurence

Neurologue coordonnateur Réseau Rhône Alpes SEP

Samedi 7 octobre 2017



TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES



- DOULEUR
- SPASTICITE
- FATIGUE
- TROUBLES SPHINCTERIENS

Traitements des symptômes

Douleurs

- **Continues ou paroxystiques ?**

Paresthésies, Brûlures

Névralgie faciale

Signe de Lhermitte, Crise tonique douloureuse

- **Traitements médicamenteux:**

Anticonvulsivants: Carbamazépine (**Tégréto**l ®) , Gabapentine (**Neurontin** ®) ,
Prégabaline (**Lyrica** ®), Clonazepam (**Rivotril** ®) Hors AMM

Antidépresseurs : Amitriptyline (**Laroxyl** ®), Duloxétine (**Cymbalta** ®)

Traitements des symptômes

Spasticité

- Rôle de la prise en charge en **kinésithérapie** +++ **Etirements**
- **Recherche de facteurs aggravants**
- Médicaments par voie orale : Baclofène (**Liorésal®**), Dantrolène (**Dantrium®**), Benzodiazépines (**Valium®**, **Rivotril®**)
- Autres :
 - Pompe intrathécale de Baclofene
 - Injection de toxine botulique
 - Cannabinoïdes (Sativex®)....

Traitements des symptômes

Fatigue

- Hygiène de vie, aménagement du travail....
- Facteurs aggravants : fièvre, chaleur,
dépression, tr du sommeil, douleur...
- Rôle des autres traitements
- Exercice : reconditionnement à l'effort++
- Traitements médicamenteux (hors AMM) :
 - Amantadine (**Mantadix**®): un antiviral...
 - Modafinil (**Modiodal**®)
 - Antidépresseurs « stimulants » : **Prozac**®, **Anafranil**®

Traitements des symptômes

Troubles urinaires

■ But du traitement :

- Assurer la vidange vésicale complète, régulière sans fuites urinaires
- Amélioration de la qualité de vie et préservation du haut appareil urinaire.

■ **ANTICHOLINERGIQUES** si hyperactivité vésicale : Oxybutinine (**Ditropan**[®]), Trospium (**Ceris**[®]).

■ **ALPHA BLOQUANTS** pour diminuer les résistances urétrales et améliorer la vidange vésicale (même chez la femme hors AMM mais selon recommandation de l'HAS)

Alfuzosine **Xatral**[®], **Josir**[®], **Mecir**[®], **Omix**[®]



Traitements des symptômes

Troubles urinaires

- Sondages vésicaux:
Utilisation de sondes pré-lubrifiées hydrophiles.
pour assurer la vidange vésicale
et diminuer risques infectieux et détérioration appareil urinaire.
- Toxine botulinique intra-vésicale :
pour hyperactivité vésicale résistante
mais nécessité d'apprendre les autosondages au préalable.



Traitements des symptômes

Troubles de la marche

- Rôle de la prise en charge en kinésithérapie +++
- **Fampridine (FAMPYRA®) pour fatigabilité à la marche**
 - Commercialisé depuis avril 2013
 - 1 cp 2 fois par jour
 - Inhibiteur des canaux potassiques : améliore conduction nerveuse
 - Efficacité visible en 15 jours
 - 30-40% de patients répondeurs



Le traitement de la poussée

Corticoïdes IV : SOLUMEDROL® = Méthylprednisolone
1g par jour pendant 3 jours

Contre indication :

Infection en cours

Troubles psychiatriques

Diabète déséquilibré

HTA déséquilibrée

Organisation du flash

- En milieu **hospitalier** :
 - En cas **d'antécédents** :
 - en cas de poussée très intense
 - si le patient est seul à domicile
 - Avec un abord veineux compliqué

- à **domicile**
 - Au moins un premier flash hospitalier



Coordination possible par le Réseau Rhône-Alpes SEP



- **Bilan pré - corticoïde**

Bilan biologique : NFP, ionogramme, CRP

Bilan urinaire : ECBU

Recherche signes infectieux

- **Feu vert médical**

- **Perfusion sur 4 heures lentement trois jours de suite en général avec un diffuseur**



- Le neurologue prescripteur :

1. Remettre au patient une **ordonnance pour bilan pré flash**
2. Faxer la **demande au Réseau** : 04 27 86 92 50
3. Le “**Feu vert**” / **bilan bio** est donné par les **neurologues coordonnateurs** du Réseau ou par le neurologue prescripteur.

- Le Réseau Rhône-Alpes SEP :

1. Contacte le **patient** pour planifier le flash à son domicile.
2. Contacte le **prestataire de service** (ou le **pharmacien ?**)
3. Récupère le bilan biologique
4. **Après feu vert, faxe** à la pharmacie du patient les ordonnances
5. **Informé par courrier** de la mise en place d'un flash à domicile le **médecin généraliste**

Service de Neurologie A - Pr Sandra VUKUSIC
Hôpital Neurologique
Groupe Hospitalier Est
59 boulevard Pinel - 69677 BRON CEDEX
Tel: 04 72 68 13 14 / Fax: 04 27 86 92 50
N° FINESS: 690 784 1 78

Le

Mme

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)**

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue
(Liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)**

Attention : ne débuter le traitement qu'après feu vert médical.

SOLUMEDROL® (méthylprednisolone) IV 1 g **J 1 – J 3**
1 flacon / par jour.

A diluer dans une poche de 500 ml de Chlorure de Sodium 0,9%.

A administrer par voie intraveineuse, le matin, en quatre heures si utilisation d'un mat à perfusion et en cinq heures si utilisation d'un diffuseur portable à usage unique.

Pendant 3 jours puis

SOLUPRED® 20 mg

A débuter le lendemain de la dernière perfusion :
3 comprimés le matin pendant 3 jours puis
2 comprimés le matin pendant 3 jours puis
1 comprimé le matin pendant 3 jours,

Puis arrêt.

INEXIUM 20mg

1 comprimé le soir pendant la durée de la corticothérapie.

IMOVANE 7.5 mg

1 comprimé le soir pendant la durée de la corticothérapie.

CYTEAL

1 flacon.

SEPTAL

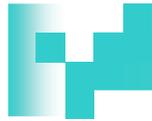
1 flacon.

SERUM SALE 0,9%

3 poches souples de 50 ml (rinçure pour cathéter).

Dr

Neurologue



FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

Fiche PERFADOM pour le matériel

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE		PATIENT	
Date de la prescription :		Nom :	
<input type="checkbox"/> Initiation d'une perfusion à domicile		Prénom :	
<input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification		Date de naissance :	
		Poids (en kg) :	
		N° d'assuré :	
		<input checked="" type="checkbox"/> Soins en rapport avec une AID	
IDENTITE DU PRESCRIPTEUR		STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, ICS ou centre de santé)	
Nom :		Raison sociale : Service de Neurologie A - P ^h Sandra VUKUSIC Hôpital Neurologique -	
Prénom :		Adresse : Groupement Hospitalier Est 50 boulevard Pinal - 69677 BRON CEDEX	
Téléphone :		Tél: 04 72 68 15 14 / Fax: 04 27 86 62 50	
Identifiant RPPS* :		N° Insee géographique : 690 784 1 78 N° SIRET :	
* Identifiant unique des professionnels de santé			
DESTINATAIRES et/ou OBJET	PATIENT	VILLE	HÔPITAL (HAD)
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1-2 <u>Produit(s) à prescrire</u> : Pharmacie d'officine ou hospitalier	<input type="checkbox"/> 1 Hospitalisation à domicile (HAD)
		<input type="checkbox"/> 2 <u>Préstation(s) et diagnostic</u> : Médical / Prestataire ou Pharmacien d'officine	
		<input type="checkbox"/> 3 <u>Code pour information</u> : Infirmerie libérale en charge des soins	

1 Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2, et 2.3 ci-dessus).
 Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1 et 2 ci-dessus).
 2 Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).
 3 Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'arrêté du 20.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des antitumoraux injectables inscrits sur la liste « médicaments » prévue à l'article L. 5125-4 du code de la santé publique.

PRODUIT À PERFUZER n°1	Voie d'abord		Mode d'administration	
	Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (ml/min en ml/h ou mg/h), solvant, ... <small>(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste des « médicaments » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).</small> SOLIMEDROL® (méthylprednisolone) IV 1 g Dans une poche de 500 ml de Chlorure de Sodium 0,9%. Durée d'administration d'une perfusion : _____ minutes / 4 heures / <input type="checkbox"/> Continue	<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input checked="" type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-carveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> fixe <small>En cas de remplissage sous l'appui d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/></small>	<input type="checkbox"/> Transfuteur (pour usage de produits sanguins labiles en cas de transfusion sanguine) <input type="checkbox"/> Si le traitement est à perfuser 24h, cocher la case : <input type="checkbox"/>
Nombre total de perfusions : 3 Date de début de la cure : _____ Date de fin de la cure : _____ ou Durée de la cure : _____ jours	Fréquence de la ou des perfusions : 1 par _____ <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois	<input type="checkbox"/> Entretien intercurse : <input checked="" type="checkbox"/> VC sur PCE LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PCE LINE)		

En détail, consulter la cure à l'adresse www.perfadom.com ou le dossier code de cure d'un produit à domicile.

PRODUIT À PERFUZER n°2	Voie d'abord		Mode d'administration	
	Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (ml/min en ml/h ou mg/h), solvant, ... <small>(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste des « médicaments » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).</small>	<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-carveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input checked="" type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> fixe <small>En cas de remplissage sous l'appui d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/></small>	<input type="checkbox"/> Transfuteur (pour usage de produits sanguins labiles en cas de transfusion sanguine) <input type="checkbox"/> Si le traitement est à perfuser 24h, cocher la case : <input type="checkbox"/>
Durée d'administration d'une perfusion : _____ minutes / _____ heures / <input type="checkbox"/> Continue	Nombre total de perfusions : _____ Date de début de la cure : _____ Date de fin de la cure : _____ ou Durée de la cure : _____ jours	<input type="checkbox"/> Entretien intercurse : <input type="checkbox"/> VC sur PCE LINE <input checked="" type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PCE LINE)		

COMMENTAIRES DU PRESCRIPTEUR	AUTRE CURSES de PERF ou HAD
	Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Si oui, il (a) (se) présente(s) perfusion(s) (c) (table) (et) « en ville », le forfait d'accès et de consommables pourra en compter l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autres(s) formulaire(s).

SIGNATURE :



La place du pharmacien dans l'organisation du flash à domicile

Premier temps : Contacter le patient (diffuseur ? Jour ? Bilan ?)
Trouver infirmière

Deuxième temps : Après feu vert du Réseau, reçoit les ordonnances,
Délivrance du matériel et du solumédrol

Conditions :

- Connaissance de la maladie et du flash
- Respecter la charte de bonnes pratiques :
Fiche Suivi infirmier
Distribuer au patient plaquette Flash,
questionnaire de satisfaction, bulletin adhésion
- Permanence, suivi ?/ prestataire