



**Algorithme d'utilisation des
anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**

Québec 

Édition

Conseil du médicament
www.cdm.gouv.qc.ca

Coordination

Anne Fortin, pharmacienne

Élaboration

Conseil du médicament
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec (FMOQ)
Fédération des médecins
spécialistes du Québec (FMSQ)

Révision scientifique

Comité d'experts de la FMOQ et de la FMSQ :
D^{rs} Louis Bessette, Marc Bradette, Denis Boucher,
Réjean Cloutier, Daniel D'Amours, Jean-Guy Fontaine,
Paul René de Cotret, Michel Turgeon et
M^{me} Hélène Gilbert, pharmacienne

Comité scientifique du suivi
et de l'usage optimal du Conseil du médicament

Collaboration

D^{rs} James Brophy, Michel Cauchon,
Gilles Hudon (FMSQ), Pierre Raïche (FMOQ) et
M^{me} Carole Chamberland, pharmacienne

Révision linguistique

Les Publications du Québec

Conception graphique et édition électronique

Charles Lessard et
Conseil du médicament

La liste complète des références est disponible
auprès du Conseil du médicament.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

Mars 2010

ISBN 978-2-550-58394-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-58395-0 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle du présent document
est autorisée à la condition que la source soit citée.

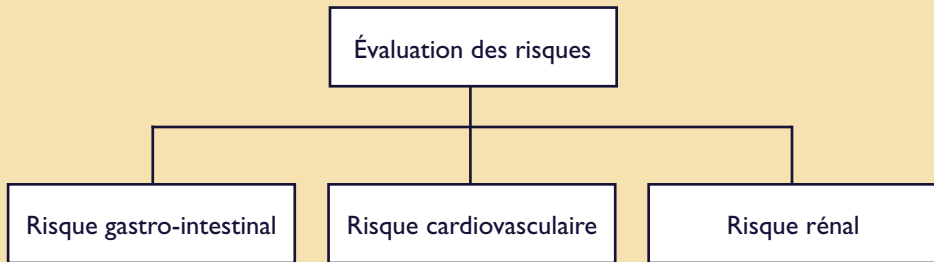
Cette initiative a été financée à partir des sommes décou-
lant de l'entente de partenariat relative à l'usage optimal
des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (coxibs).

Le Conseil du médicament a pour fonction d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec dans la mise à jour des listes de médicaments remboursés par le régime général d'assurance médicaments et de favoriser l'usage optimal des médicaments. Par «usage optimal d'un médicament», on entend l'utilisation qui en maximise les bénéfices cliniques tout en réduisant au minimum les risques qu'il présenterait pour la santé de la population. Cet usage optimal est déterminé en tenant compte des moyens thérapeutiques existants, du coût des divers traitements, des ressources disponibles, sans oublier les valeurs des patients et les valeurs sociales.

Afin de favoriser l'usage optimal des médicaments, le Conseil peut, par exemple, réaliser ou soutenir des activités de revue de l'utilisation d'un médicament, proposer la mise en œuvre de stratégies de formation, d'information et de sensibilisation auprès des professionnels et de la population ou contribuer à de telles actions stratégiques, ou procéder à l'évaluation des problèmes liés à l'utilisation d'un médicament et prendre les mesures qui s'imposent pour les prévenir. C'est dans ce contexte que le Conseil a recouru à l'expertise de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et à celle de la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour réaliser, en partenariat avec les deux fédérations, l'*Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*.

Cet outil, présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du praticien.

Usage optimal des AINS



**LE CHOIX DU TRAITEMENT DOIT TENIR COMPTE
DE L'ENSEMBLE DE CES TROIS RISQUES.**

Considérations générales

- Dans le traitement de l'arthrose, il importe de s'assurer, avant de prescrire des AINS, que le patient prend la dose requise d'acétaminophène sans obtenir de soulagement.
- L'efficacité des coxibs sur la douleur aiguë et chronique est semblable à celle des AINS non sélectifs.
- Pour les patients chez qui la douleur est chronique, l'indication du traitement par un AINS doit être réévaluée régulièrement.
- Les AINS non sélectifs et les coxibs doivent être utilisés à la plus faible dose efficace pour une durée de traitement la plus courte possible, le risque gastro-intestinal étant proportionnel à la dose d'AINS ingérée.
- L'association de deux AINS devrait être évitée en tout temps.

Autres considérations

- Selon des données récentes, certains AINS (particulièrement l'ibuprofène) pourraient inhiber l'effet antiplaquettaire de l'acide acétylsalicylique (AAS) lorsqu'ils sont ingérés avant l'AAS.
- Chez les personnes âgées, les comorbidités fréquentes, le nombre élevé de médicaments et les risques d'interactions médicamenteuses potentielles sont autant de considérations qui commandent une vigilance particulière.
- Du point de vue pharmacoéconomique, l'utilisation des coxibs peut ne pas présenter un rendement coût-efficacité acceptable pour l'ensemble de la population, c'est-à-dire que le coût de leur utilisation pourrait être trop élevé en regard des bénéfices cliniques obtenus.

Risque gastro-intestinal

Absence de facteur
de risque identifiable

AINS non sélectif

RISQUE MODÉRÉ *

1. > 65 ans mais < 75 ans
2. ATCD d'ulcus non compliqué des voies digestives hautes
3. Comorbidité**
4. Médicaments concomitants (clopidogrel, stéroïdes *p.o.*, ISRS)
5. Plus d'un AINS

AINS non sélectif + gastroprotection***
ou COXIB

Présence d'un ou de plusieurs
facteurs de risque

OUI

RISQUE ÉLEVÉ

1. ≥ 75 ans
2. ATCD d'ulcus compliqué (hémorragie digestive ou perforation)
3. Prise de warfarine : surveillance du RNI****

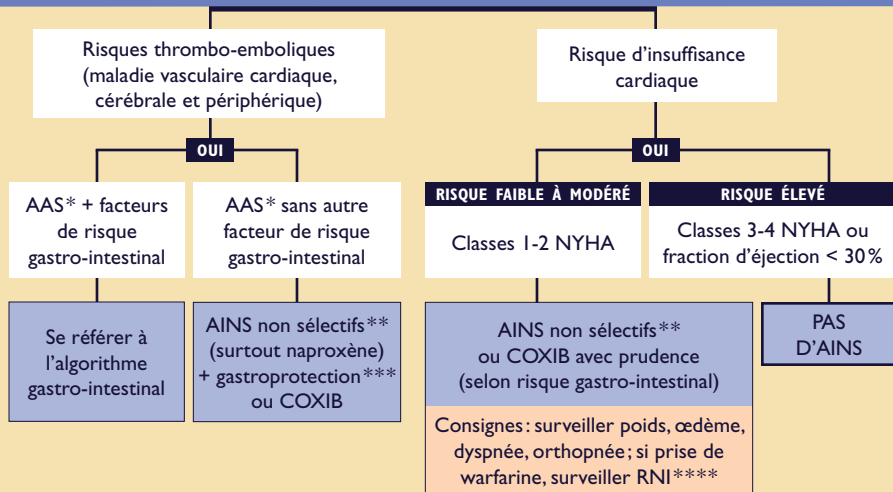
COXIB + gastroprotection***

Considérations sur le risque gastro-intestinal

- Aux AINS est associé un risque de complications au niveau du tube digestif bas, risque que les gastroprotecteurs (IPP, misoprostol) ne préviennent pas. Les coxibs semblent présenter un risque de complications moins élevé à ce niveau.
- L'administration concomitante d'AAS et d'un coxib limite considérablement les bénéfices du coxib en fait de protection gastro-intestinale.
- Même si les données des analyses pharmacoéconomiques sont équivoques, la prescription d'un coxib chez les patients avec un risque de complications gastro-intestinales est une stratégie dont le rendement coût-efficacité est possiblement supérieur à l'utilisation d'un AINS traditionnel et d'un IPP.

-
- * Le risque de complications gastro-intestinales croît avec l'augmentation du nombre de facteurs de risque. Le nombre de facteurs justifiant l'ajout d'une gastroprotection repose sur le jugement du clinicien.
 - ** La comorbidité est une condition médicale sérieuse qui prédispose à une exacerbation de la condition clinique de la personne à la suite de la prise d'un AINS.
 - *** Gastroprotection : IPP une fois par jour ou misoprostol à une dose quotidienne minimale de 800 mcg
 - **** Ratio normalisé international (RNI)

Risque cardiovasculaire



Considérations sur le risque cardiovasculaire

- Les AINS non sélectifs et les coxibs présentent un risque de complications cardiovasculaires similaire.
- L'administration d'un coxib commande les mêmes précautions que l'administration d'un AINS non sélectif.
- Les AINS non sélectifs et les coxibs ne sont pas des substituts de l'AAS en prévention des accidents vasculaires. L'administration d'AAS à faible dose doit être maintenue pour les patients à risque de maladies cardiovasculaires, même s'il augmente la toxicité gastro-intestinale du coxib.

* AAS à une dose de 325 mg ou moins, utilisé comme antiplaquettaire

** Mise en garde: le risque cardiovasculaire est démontré pour les coxibs. Cependant, pour les AINS non sélectifs, il n'y a aucune étude randomisée, contrôlée avec placebo ou avec un autre médicament, qui évalue ce risque. Il n'existe à l'heure actuelle que des études observationnelles qui leur attribuent un risque semblable (à l'exception du naproxène) à celui des coxibs, mais sans le même degré de certitude.

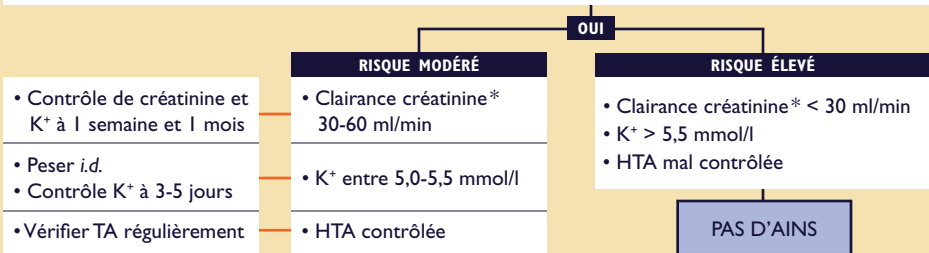
*** Gastroprotection: IPP une fois par jour ou misoprostol à une dose quotidienne minimale de 800 mcg

**** Ratio normalisé international (RNI)

Risque rénal

Présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque

1. Fonction rénale prostaglandine-dépendante:
 - patients souffrant d'insuffisance rénale
 - personnes âgées
 - hypovolémie
2. Hyperkaliémie (> 5 mmol/l)
3. HTA
4. Certains médicaments:
 - diurétiques
 - IECA-ARA
 - lithium
 - aminosides, cyclosporine



Considérations sur le risque rénal

- Les AINS non sélectifs et les coxibs présentent un risque de complications rénales similaire.
- Les complications électrolytiques et l'insuffisance rénale peuvent survenir rapidement après le début de l'administration d'AINS non sélectifs ou de coxibs.
- Avant de prescrire un AINS (non sélectif ou coxib), on doit s'assurer que le patient ne consomme pas d'AINS offert en vente libre.
- La créatinine sérique est insuffisante pour évaluer la fonction rénale. L'estimation de la clairance de la créatinine se fait à l'aide de la formule de Cockcroft et Gault, où l'on considère le poids, l'âge et le sexe.
- Le dosage et l'efficacité de tous les médicaments éliminés par voie rénale doivent être surveillés. Entre autres, la lithémie d'un patient traité au lithium doit absolument être vérifiée au début du traitement par AINS, quand il y a modification de ce traitement et au moment où cesse le traitement.

* Calcul de la clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft et Gault:

Clairance (ml/min) femme :

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{\text{créatinine sérique } (\mu\text{mol/l})}$$

Clairance (ml/min) homme :

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)} \times 1,2}{\text{créatinine sérique } (\mu\text{mol/l})}$$

NOTES

*Conseil
du médicament*

Québec



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC