

Critères STOPP/START version 3 : une mise à jour attendue, à prendre avec modération

Olivier Massé¹, Pharm.D., M.Sc., M.A., Alexandre Lahaie², Pharm.D., M.Sc., James Hill³, Pharm.D., M.Sc., BCPS, Claudia Marcoux⁴, B.Pharm., M.Sc., Joëlle Flamand Villeneuve⁵, B.Pharm., M.Sc., Katherine Desforges^{6,7}, B.Pharm., M.Sc., BCGP

¹Pharmacien, Département de pharmacie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Montréal (Québec), Canada;

²Pharmacien, Département de pharmacie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal (Québec), Canada;

³Pharmacien, Département de pharmacie, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Rimouski (Québec), Canada;

⁴Pharmacienne, Département de pharmacie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec (Québec), Canada;

⁵Pharmacienne, Département de pharmacie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval, Québec (Québec), Canada;

⁶Pharmacienne, Département de pharmacie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec), Canada;

⁷Professeure adjointe de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada

Reçu le 17 décembre 2023; Accepté après révision le 20 février 2024

En mai 2023, huit ans après la parution de la deuxième version, un groupe de 13 gériatres européens publiait la troisième et très attendue version des critères STOPP/START¹. Cet outil comporte une liste de médicaments potentiellement inappropriés ou manquants chez les personnes âgées. La section sur l'omission de médicaments possiblement bénéfiques chez les personnes âgées constitue une caractéristique distinctive de cette liste, comparativement aux critères de Beers ou à la liste FORTA^{2,3}. Les listes de critères explicites en gériatrie jouent plusieurs rôles importants. Par exemple, elles peuvent servir d'outil d'enseignement auprès d'étudiants ou de pharmaciens non experts en gériatrie, de mesure indirecte de la qualité de certains soins ou encore de source d'information clinique pour des outils électroniques d'aide à la décision⁴. Bien que les auteurs de cette troisième version aient tenté d'être plus inclusifs en ajoutant 76 critères aux 114 existants, nous tenons tout de même à en souligner les limites importantes pour que les cliniciens québécois les comprennent bien avant de les utiliser.

Le manque d'information au sujet de la méthodologie et de son application constitue la principale limite de la troisième version des critères STOPP/START. L'élaboration des critères proposés dans cette nouvelle version s'est faite selon une revue de littérature, suivie de la méthode Delphi. Bien que les auteurs soutiennent que leurs critères sont fondés sur des données probantes, leur revue de la littérature nous paraît problématique à plusieurs égards : 1) elle n'est pas systématique; 2) elle n'a été conduite que par deux auteurs; 3) les résultats n'ont pas été présentés de façon transparente; 4) aucune analyse du risque de biais des études incluses ne semble avoir été menée; 5) l'influence de la revue de la littérature sur la formulation et la modification des critères

durant la méthode Delphi n'a pas été présentée. De plus, plusieurs références citées n'appuient pas adéquatement leurs critères respectifs, ce qui soulève des doutes sur la revue de littérature effectuée. Par exemple, selon le critère STOPP E9, tous les bisphosphonates augmentent le risque d'insuffisance rénale aiguë si le débit de filtration glomérulaire est inférieur à 30 mL/min/1,73 m², mais la référence citée cible plutôt les bisphosphonates par voie intraveineuse et se veut rassurante quant à l'innocuité rénale des bisphosphonates par voie orale⁵. Une analyse de l'axe phosphocalcique chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique et la recherche d'une atteinte osseuse de type « os adynamique » devraient toutefois précéder la prescription de tous les médicaments antirésorptifs en cas d'insuffisance rénale chronique grave. Le recours à une méthode comme l'approche GRADE, mettant l'accent sur une évaluation systématique, critique et rigoureuse de la littérature et sur la publication des justifications et des explications appuyant chaque critère, aurait été bénéfique⁶. Bien que les auteurs des critères STOPP/START aient défendu qu'une telle méthodologie était trop complexe, peu utile d'un point de vue clinique et longue à mettre en œuvre, d'autres collectifs ont adopté une approche méthodologiquement plus robuste^{2,7}. Une telle approche aurait d'ailleurs permis aux cliniciens de mieux comprendre la raison justifiant chaque critère et d'être mieux outillés pour mettre en place un processus de décision partagée menant à la déprescription. À l'heure actuelle, cette troisième version des critères STOPP/START nous semble surtout le résultat d'un consensus d'experts plutôt que le reflet d'une démarche fondée sur les données probantes.

Plusieurs critères auraient nécessité des explications pour en faciliter l'application clinique. Certains sujets faisant

Pour toute correspondance : Katherine Desforges, Centre universitaire de santé McGill, 1001, boulevard Décarie, Montréal (Québec) H4A 3J1, CANADA; Téléphone : (514) 934-1934; Courriel : katherine.desforges.pharm@muhc.mcgill.ca

l'objet de critères de STOPP/START étant controversés, il aurait été intéressant de transmettre des pistes de réflexion sur la personnalisation de la démarche de déprescription. Un exemple de critère méritant des explications supplémentaires est le critère STOPP K5 proposant l'arrêt des antiépileptiques en présence de chutes récurrentes. Les antiépileptiques sont souvent utilisés en cas de problèmes neurologiques ou psychiatriques quand leurs bienfaits cliniques surpassent largement le risque potentiel de chutes⁸. Nous craignons que le fait de ne pas mentionner cet aspect important et de ne pas guider les cliniciens dans la déprescription de ces traitements (p. ex. : en ne citant pas les traitements existants plus sûrs) pourrait causer des préjudices importants à certains patients.

Enfin, nous déplorons l'absence de patients partenaires et de leur famille ainsi que de professionnels de la santé autres que des gériatres dans la définition des critères STOPP/START. La participation de pharmaciens, notamment, aurait permis de mieux nuancer certains critères. Par exemple, le critère STOPP C14 indique d'éviter tous les anticoagulants oraux directs en présence d'inhibiteurs de la glycoprotéine P⁹. Deux éléments importants méritent d'être soulevés. D'abord, le risque d'interactions pharmacocinétiques diffère d'un anticoagulant oral direct à l'autre. De plus, plusieurs des médicaments cités (p. ex. : carvedilol, tamoxifène) ne causent pas d'interactions cliniquement significatives avec les anticoagulants oraux directs. La formulation du critère STOPP C14 pourrait donc mener à la sous-utilisation inappropriée de ces derniers en première intention. Bien que les gériatres qui ont établi les critères STOPP/START aient une expertise

en pharmacothérapie gériatrique, nous sommes d'avis que les pharmaciens sont au cœur de la prise en charge des personnes âgées et qu'ils possèdent une expertise unique nécessaire à la préparation d'une liste de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée.

En raison notamment de toutes ces limites, nous invitons les pharmaciens à privilégier d'autres outils de déprescription que les critères STOPP/START ou à les utiliser avec une très grande prudence si leur consultation est réellement désirée. Bien qu'un grand nombre de critères STOPP/START soit tout à fait valide et fondé sur les données probantes, la méthodologie employée, le manque de nuances et l'absence de pharmaciens durant leur développement rendent difficiles le recours à cette référence dans la pratique quotidienne des cliniciens québécois. Nous ne pouvons qu'espérer qu'une quatrième version permettra de mieux cibler les éléments clés de la prise en charge pharmacothérapeutique des personnes âgées, selon une méthodologie plus rigoureuse et avec l'aide de pharmaciens experts en gériatrie.

Financement

Les auteurs n'ont déclaré aucun financement lié au présent article.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ont soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts lié à cet article.

Références

1. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G et coll. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med* 2023;14:625-32.
2. 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2023;71:2052-81.
3. Pazan F, Weiss C, Wehling M; FORTA Expert Panel Members. The EURO-FORTA (Fit for The Aged) list version 2: Consensus validation of a clinical tool for improved pharmacotherapy in older adults. *Drugs Aging* 2023;40:417-26.
4. Curtin D, Gallagher PF, O'Mahony D. Explicit criteria as clinical tools to minimize inappropriate medication use and its consequences. *Ther Adv Drug Saf* 2019;10:2042098619829431.
5. Miller PD, Jamal SA, Evenepoel P, Eastell R, Boonen S. Renal safety in patients treated with bisphosphonates for osteoporosis: a review. *J Bone Miner Res* 2013;28:2049-59.
6. Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et coll. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011;64:401-6.
7. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G et coll. Authors' response to points raised by Boland et coll. regarding STOPP/START version 3 criteria. *Eur Geriatr Med* 2023;14:1151-4.
8. Kirmani BF, Robinson DM, Kikam A, Fonkem E, Cruz D. Selection of antiepileptic drugs in older people. *Curr Treat Options Neurol* 2014;16:295.
9. Gronich N, Stein N, Muszkat M. Association between use of pharmacokinetic-interacting drugs and effectiveness and safety of direct acting oral anticoagulants: nested case-control study. *Clin Pharmacol Ther* 2021;110:1526-36.