

Canicule...

par le Dr Patricia Eeckelaers*

Il fait caniculaire. Nous sommes le 30 juin et de nombreuses personnes âgées sont très incommodées. Lors de ma visite de routine chez M^{me} Odette, 89 ans, je suis frappée par sa grande fatigue et son incapacité à tenir debout.

PERTE DE POIDS ET FATIGUE

Madame Odette, devient de plus en plus importante tout en gardant ses facultés intellectuelles intactes. Très handicapée, elle vit avec sa fille célibataire de 55 ans. Elle souffre d'une polyarthrite chronique évolutive depuis l'âge de 45 ans. Ses articulations des mains et des pieds sont très abîmées et ont déjà subi de multiples arthrodéses. Actuellement, son traitement consiste en 7,5 mg de methotrexate une fois par semaine.

Interrogeant sa fille et l'infirmière, j'apprends que les urines sont assez foncées, peu fréquentes et qu'elle refuse de boire et manger. La tension artérielle (100/80 mmHg) est anormalement basse pour elle. Son pli cutané est persistant. Le reste de l'examen est normal si ce n'est qu'elle a perdu 1 kilo. Elle pèse 35 kilos avec ses souliers.

Inquiète, je réalise une biologie, demande des urines du matin et installe une perfusion de 500 cc de sérum physiologique pour la nuit. Je conseille aussi à sa fille de lui donner de la soupe améliorée avec un œuf et deux boissons énergétiques par jour type Fortimel® ou équivalents.

Outre la déshydratation et des troubles ioniques, je recherche un foyer infectieux. Ma patiente est coutumière des infections pulmonaires et urinaires. La CRP est à 1. Par rapport à son dernier contrôle sanguin, l'urée est montée de 20 à 40 mg/100 ml et sa créatinine de 0,73 à 1,19 mg/100 ml. La clairance de créatinine calculée passe de 68,9 à 22,4 ml/min.

Le lendemain, suite à la perfusion, elle se sent déjà mieux. Je continue le même traitement et, au quatrième jour, sa tension artérielle remonte à 120/70 mmHg.

AGGRAVATION

Une semaine plus tard, M^{me} Odette est un peu nauséeuse et présente une petite toux sèche. À l'examen clinique, tout paraît normal. Son poids est stabilisé. Sa tension est limite basse. Par contre, sa fatigue est intense et son appétit quasi nul. À l'auscultation pulmonaire, le murmure vésiculaire est diminué mais respire-t-elle à fond ? Il n'y a pas de matité à la percussion. Une nouvelle biologie montre une leucocytose importante, neutrophile (16 400 globules blancs par champs avec 81 % de neutrophiles) avec une CRP à 6,1 mg%. De plus le potassium est à 3 mEq/L et le sodium à 127 mEq/L avec une hémodilution importante (osmolalité à 260 mosm/Kg) et une pré-albumine effondrée à 14 mg/100 ml... La perfusion est ôtée.

La tigette urinaire ne montre aucune anomalie. Mais les troubles ioniques me font proposer l'hospitalisation, refusée tant par la mère que par la fille. Je leur explique les risques. Mais, si c'est pour mourir, madame Odette préfère que ce soit à la maison et d'ailleurs elle est fatiguée de vivre. Le seul conseil donné par l'interniste de garde contacté à l'hôpital est d'ajouter de l'Aldactone® et la mettre en restriction hydrique. Je prescris aussi du Chloropotassuril®.

Pour l'infection, probablement d'origine pulmonaire, comme la pharmacie de garde est loin, je fouille dans mes échantillons et trouve du Proflox®. Les comprimés sont petits et une prise quotidienne suffit, cela me semble convenir vu les difficultés qu'éprouve ma patiente à avaler.

CONFUSION

Le lendemain matin, dimanche, sa fille vient me chercher à 9 heures. Sa mère a été agitée et très agressive toute la nuit, avec des propos incohérents. Elle mange par contre mieux et boit sans arrêt.

Que se passe-t-il ? Serait-ce la conséquence du trouble ionique, de l'hémodilution ou de la prise de Proflox® ? La fille me dit que sa mère est constipée depuis une semaine : un fécalome expliquerait-il ces problèmes ?

J'arrête la quinolone, lui donne 0,25 mg de Risperdal® 2 fois par jour et prescris un Fleet®. Le lendemain, la patiente est calme, sereine, ne se rappelle rien et a dormi 14 heures, sa fille aussi... La biologie de contrôle se normalise avec un potassium à 4,30 mEq/100 ml et un sodium à 130 mEq/100 ml. La clearance de la créatinine est remontée à 59 ml/min. Je ne la pèse pas car elle ne tient pas debout. Vu l'amélioration spectaculaire, je pense pouvoir incriminer principalement la quinolone.

ÉPILOGUE

Une recherche au sujet des quinolones, m'apprend que toutes, sauf la ciprofloxacin, peuvent donner de la confusion mentale car elles passent la barrière hémato-encéphalique. Vu la remontée de la leucocytose et l'apparition d'une cystite avec pollakiurie, je lui ai donc prescrit de la ciprofloxacin à 250 mg deux fois par jour, dosage en accord avec son faible poids et son rein défaillant. Tout est rentré dans l'ordre. Je continue à la voir tous les mois depuis lors sans qu'elle n'ait plus présenté de problème majeur.

* Médecine générale
5590 Leignon

BIBLIOGRAPHIE

Decaux G. Troubles ioniques in *Médecine Gériatrique tome 2: aspects cliniques* 1998 132-140

ABSTRACT

Case report of a sudden confusion in a old patient, due to ionic disorders in the course of an infection treated with a quinolone.

Keywords: confusion, ionic disorders, dehydration, iatrogenicity, quinolone.

RÉSUMÉ

Histoire d'une confusion brutale chez une personne âgée avec troubles ioniques au cours d'une infection traitée par quinolone.

Mots clefs:
Confusion mentale,
troubles ioniques,
déshydratation,
iatrogenicité, quinolone.