

Un traitement aux effets étonnants...

par le Dr Thomas ORBAN*

* médecin généraliste
1180 Bruxelles
thomas.orban@ssmg.be

Madame Jeanne H. est une dame de 85 ans qui réside en maison de repos et de soins. Lentement mais sûrement son état cognitif se dégrade. Elle continue toutefois à participer aux activités de la maison et à entretenir des relations avec les autres pensionnaires. L'année commence plutôt mal pour elle : une pneumonie basale droite la cloue au lit et nécessite une antibiothérapie.

Madame Jeanne fait de la température (38,8 °C), tousses et se dégrade. Mon assistante qui est présente ce jour-là dans la maison met en route un traitement à base de moxifloxacine 400 mg/j. La patiente est en effet allergique à la pénicilline. Elle a pris soin de me passer un coup de fil auparavant car elle sait bien que cette molécule a des interactions médicamenteuses, en particulier en ce qui concerne le risque aggravé de torsades de pointes¹. Une rapide vérification avec sa thérapeutique en cours et le feu vert est donné : son antidépresseur n'est heureusement ni un tricyclique ni le citalopram ou l'escitalopram mais bien la sertraline.

Interpréter un symptôme

C'est le samedi qui suit et au milieu de mes aventures dans les soldes bruxelloises que le téléphone sonne : Madame Jeanne est tombée tôt ce matin et elle va moins bien que la veille. Je file à la maison de repos et l'examine : TA à 100/64 mmHg, pouls à 98/min, régulier, auscultation pulmonaire améliorée si je me réfère au dossier, absence de fièvre et apathie. Elle m'inquiète. Que se passe-t-il donc ? Une chute est un symptôme à prendre au sérieux, surtout que ce n'est pas une habitude chez elle et qu'il n'y a aucun tapis dans la résidence où elle vit !

ABSTRACT

Case report of a female patient with acute renal insufficiency caused by moxifloxacin.

Keywords : side effect, renal insufficiency, antibiotic, therapeutic project.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'une patiente présentant une insuffisance rénale aiguë sur moxifloxacine.

Mots-clés : effet indésirable, insuffisance rénale, antibiotique, projet thérapeutique.

Sa pneumonie s'aggrave-t-elle ? La chute matinale entraîne-t-elle une hémorragie cérébrale ? Y a-t-il un problème métabolique ? Le traitement est-il en cause ?

Réaction appropriée ?

Le projet thérapeutique² de la patiente est « confort avec escalade thérapeutique limitée à certaines thérapeutiques ». Je décide dès lors de ne pas réaliser de scanner cérébral à la recherche d'une hémorragie. Une hydratation sous-cutanée est initiée et je change l'antibiothérapie. La cause médicamenteuse étant toujours possible (c'est en fait le seul changement récent chez la patiente : je me méfie donc), je préfère remplacer la moxifloxacine par du céfuroxime axétil^a. Ce choix n'est pas très logique...

a. Zinnat®



mais il faut laisser à la vérité que c'est celui que j'effectue ce jour-là. Je prescris aussi une prise de sang pour suivre l'évolution de la CRP, des leucocytes, de la fonction rénale et de l'ionogramme.

Écouter l'infirmière

Je repasse le lundi. Madame Jeanne ne va pas mieux, ni moins bien. L'examen clinique est sensiblement le même. Au milieu de l'agitation de la résidence, l'infirmière-chef me glisse l'information que la patiente n'a plus uriné depuis le matin.

Elle est en fait en anurie et le résultat de la prise de sang arrive rapidement : créatinine à 4,3 mg/dL avec une GFR (MDRD) à 10 ml/min. La dernière donnée en ma possession date de 3 à 4 mois auparavant : la créatinine était alors à 1,0 mg/dL avec une GFR (MDRD) à 53 ml/min. Il s'agit donc d'une **insuffisance rénale aigüe** (IRA) !

Discussion

Madame Jeanne a finalement bien évolué (tableau 1) sous hydratation contrôlée cliniquement et antibiothérapie. Elle est restée à la résidence, pour respecter le projet thérapeutique. Les biologies de contrôle ont rapidement montré une amélioration de sa fonction rénale. On peut suspecter qu'elle a fait une nécrose tubulaire aigüe sous moxifloxacine ou que l'atteinte rénale est liée à la précipitation de cristaux entraînant une obstruction et une possible réaction interstitielle. La néphrite interstitielle est également possible mais il est peu probable qu'elle ait pu donner une réaction si rapide avec anurie complète de recouvrement rapide sans corticoïdes. Le seul moyen diagnostique fi-

nal serait une biopsie rénale impossible dans ce cas (limitation projet thérapeutique), mais elle n'est pas indiquée compte tenu de l'amélioration spontanée après quelques jours sans moxifloxacine.

Conclusions

Dans le cadre d'une IRA :

- un projet thérapeutique limitant (pas d'hospitalisation, pas de dialyse et pas de biopsie rénale) ne doit pas être une raison de baisser les bras ;
- mieux vaut maintenir une volémie efficace sans risquer l'hypervolémie ;
- il est indiqué d'arrêter tout nouveau médicament potentiellement toxique et d'adapter la pharmacopée du patient le temps du recouvrement.

En présence de signes immunoallergiques systémiques, il faut discuter de l'introduction d'une corticothérapie.

Bibliographie

1. CBIP. Allongement de l'intervalle QT et torsades de pointes. http://www.cbip.be/GGR/Index.cfm?ggrWelk=/nIndex/GGR/Stof/IN_M.cfm
2. Le projet thérapeutique aux cliniques universitaires Saint-Luc, regard de l'équipe infirmière : Décisions médicales en fin de vie. Dujou V. ; Liesse M.-C. Louvain médical A. 2005, vol. 124, n° 7, pp. 220-226
<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17174929>
3. CBIP. Fonction rénale et médicaments. Août 2010.
<http://www.cbip.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F37F08B&key=word=néphrite%20interstitielle>
4. G. B Fogazzi. G Garigali. C Brambilla. M Daudon. Ciprofloxacin crystalluria. Nephrol Dial Transplant (2006) 21 : 2892-3
<http://ndt.oxfordjournals.org/content/early/2006/07/12/ndt.gfl320.full.pdf>

Tableau 1.

