



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Hypothermie secondaire au traitement antibacillaire : 1^e cas rapporté

Hypothermia due to anti-tuberculosis drugs: First case

H. Oualil*, S. Nejjari, J.E. Bourkadi, G. Iraqi

Service de pneumo-phthisiologie, hôpital Moulay Youssef, CHU, Rabat, Maroc

MOTS CLÉS

Hypothermie ;
Antibacillaire ;
Tuberculose ;
iatrogène

KEYWORDS

Hypothermia;
Anti-tuberculosis;
Tuberculosis;
iatrogenic

Résumé L'hypothermie – effet secondaire potentiellement sévère de l'utilisation de certains médicaments – nécessite un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée. Nous rapportons le 1^e cas, à notre connaissance, d'hypothermie secondaire au traitement antibacillaire.
© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Hypothermia – an adverse reaction of drug use potentially severe – requires an early diagnosis and an adapted management. We report the first case, to our knowledge of hypothermia due to anti-tuberculosis drugs.
© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La thermorégulation est un mécanisme physiologique dépendant de plusieurs intervenants et pouvant être modulée par des facteurs multiples.

L'hypothermie est une réaction potentiellement grave, définie comme une diminution de la température corporelle en dessous de 35 degrés Celsius (°C) ou 95 Fahrenheit (°F), avec un seuil de gravité situé aux environs de 32 °C ou 90 °F.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : houdaoualil@yahoo.fr (H. Oualil).

En littérature, l'hypothermie d'origine médicamenteuse est connue dans un contexte de surdosage (intoxication volontaire ou non) ou rarement à des posologies thérapeutiques.

Cependant, l'hypothermie aux antibacillaires de 1^{re} ligne à dose non toxique est, jusqu'à présent et à notre connaissance actuelle, jamais rapportée en littérature.

Observation

Nous rapportons l'observation médicale du 1^{er} cas d'hypothermie médicamenteuse liée aux antibacillaires.

Il s'agit d'une patiente de 70 ans ayant un antécédent de pleurésie tuberculeuse traitée il y a 14 ans par l'association de streptomycine (S), rifampicine (R), isoniazide (H) et pyrazinamide (Z) pendant les 2 premiers mois, suivie pendant les 4 mois suivants par l'association RH et déclarée guérie. La patiente est remise le 03/10/2012 sous schéma de rechute, pour tuberculose pulmonaire à microscopie négative et culture positive (TPM-C+), comprenant l'association de SHRZ et ethambutol (E) pendant les 2 premiers mois suivie par l'association HRZE pendant un mois puis HRE pendant 5 mois. Par ailleurs, l'interrogatoire ne révèle aucune pathologie associée ni notion de prise médicamenteuse au long court.

À j5 du traitement antibacillaire, elle présente des vomissements et des frissons sans autres signes associés, suite auxquels le traitement est arrêté avec régression spontanée des symptômes en moins de 24 heures.

Nous indiquons l'hospitalisation de la patiente au sein de notre formation de pneumologie pour suspicion d'effet secondaire aux antibacillaires et difficulté de prise en charge en ambulatoire.

À son admission, elle est consciente, normotendue (120/70 mmHg), ayant une fréquence cardiaque à 75 battements par minutes, un poids initial à 57 kg et une température corporelle chiffrée à 36,9°C. Le bilan biologique objective une vitesse de sédimentation (VS) à 40 mm, une protéine C réactive (CRP) à 35 mg/L, une numération formule sanguine normale et une fonction rénale et hépatique non perturbées. Les bilans bactériologiques sont négatifs. La radiographie thoracique de face met en évidence un infiltrat micronodulaire apical droit.

Devant la suspicion de l'origine médicamenteuse et à la recherche du médicament(s) incriminé(s), nous introduisons les antibacillaires de 1^{re} ligne un par un, à 3 jours d'intervalle et à dose minimale efficace selon l'ordre suivant : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide puis enfin ethambutol. La streptomycine n'est pas introduite suite à une rupture de stock.

L'isoniazide (à 4 mg/kg/j) est le premier antibacillaire incriminé suite à l'apparition de frissons, d'hypotension à 90/50 mmHg, de tachycardie à 105 battements par minutes et d'hypothermie chiffrée à 34°C, 4 heures après son administration sans autres signes cliniques associés. Nous obtenons une régression des symptômes après son arrêt et la mise en place de manœuvres de réchauffement externe.

La rifampicine (à 8 mg/kg/j) est le deuxième médicament incriminé suite à l'installation d'une hypothermie à 34,5°C associée à des frissons, à une hypotension artérielle à 80/50 mmHg et à une tachycardie à 110 battements

par minutes, 48 heures après son introduction sans autres signes cliniques associés. Nous obtenons aussi une régression des symptômes après son arrêt et la mise en place de manœuvres de réchauffement externe.

La réintroduction de Z (à 20 mg/kg/J) puis de E (à 20 mg/kg/J) est indemne d'incidents.

La décision finale : arrêt définitif de l'isoniazide et de la rifampicine devant l'effet secondaire grave et la prescription d'un schéma thérapeutique comportant l'association de Z, E et éthionamide (ETA) pendant 2 mois puis Z et ETA pendant 10 mois. L'évolution est favorable.

Discussion

La quadrithérapie antituberculeuse est fréquemment responsable d'événements indésirables notamment mineurs estimés à 41,1% de l'ensemble des effets secondaires aux antibacillaires [1]. Les accidents majeurs représentent 12,8% dans cette série. Cependant, ils se caractérisent par la mise en jeu du pronostic vital ou fonctionnel imposant un arrêt immédiat du traitement ainsi qu'une prise en charge, le plus souvent en intrahospitalier. Les réactions d'hypersensibilité majeures sont exceptionnelles, caractérisées par des signes de gravité à savoir un choc anaphylactique, un œdème laryngé, un syndrome de Lyell ou de Stevens-Johnson, une vascularite ou un DRESS syndrome. Les hépatites toxiques sévères ne représentent que 0,023% des cas selon l'ATS (American Thoracic Society) [1]. Les manifestations neuropsychiatriques comme la diminution de l'acuité auditive ou la surdité, le vertige sévère et permanent, l'ataxie, les convulsions, les psychoses et la névrite rétrobulbaire sont plus rares [1]. Les accidents aigus hématologiques (anémie hémolytique, purpura thrombocytopénique) et rénaux (anurie par une tubulonéphrite toxique) sont exceptionnels.

Dans notre observation, nous rapportons le cas d'un effet secondaire majeur – l'hypothermie – dû aux antibacillaires.

Chez l'espèce humaine, le système régulant la température centrale est complexe incluant des voies parallèles de rétrocontrôle positif et négatif. La boucle de thermorégulation comprend des afférences sensibles thermiques distribuées dans tout le corps, l'hypothalamus (le thermostat central) et des voies efférentes de réponse [2]. La modulation de la réactivité des cellules neuronales hypothalamiques est assurée par des monoamines : la sérotonine

Tableau 1 Facteurs favorisant de l'hypothermie.

Troubles du métabolisme (hypoglycémie, insuffisance surrénalienne, hypothyroïdie)
Brûlures sévères
Terrain débilite
Malnutrition
Drogues ou médicaments : alcool et sédatifs
Traumatisme cérébral ou médullaire, accident vasculaire cérébral touchant le tronc cérébral
Certaines infections
Âges extrêmes
Conditions de vie et de travail

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419442>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419442>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)