

Cas n°1

Madame V, 55 ans, consulte son médecin traitant pour asthénie et prise de poids (5kg en 2 semaines). Dans ses antécédents on note un traitement par lithium durant 10 ans pour des troubles bipolaires maintenant résolus, ainsi qu'une ressentie hospitalisation pour une infection grave traitée par vancomycine et amikacine. Madame V pèse 65 kg pour 175cm, sa pression artérielle est normale (135/85 mmHg).

Le médecin traitant oriente son diagnostic vers une insuffisance rénale

Les examens biologiques plasmatiques donnent les résultats suivants :

Créatininémie 160 $\mu\text{mol/L}$

Kaliémie 3,9 mmol/L

Les examens biologiques urinaires donnent les résultats suivants :

Hématurie ++

Leucocyturie ++

Protéinurie des 24h à 0,75g/24h

Question n°1

A quelles familles d'antibiotique appartiennent la vancomycine et l'amikacine ? Préciser leurs principaux effets indésirables ainsi que leur modalité d'administration.

Question n°2

Quel type de bactérie est ciblé par cette association d'antibiotique ? Quels suivis biologiques doivent être réalisés lorsque ces antibiotiques sont utilisés ?

Question n°3

Par quels autres antibiotiques la vancomycine aurait pu être remplacée ?

Question n°4

Justifier la décision thérapeutique d'insuffisance rénale.

Question n°5

Discuter l'origine de cette insuffisance rénale.

Question n°6

Quelles sont les différentes modalités d'adaptation de posologie des traitements en cas d'insuffisance rénale ?

Question n°7

Quelles classes de médicament pourraient être utilisées afin d'améliorer le bilan urinaire de la patiente ?

Question n°8

Quel traitement pharmacologique pourrait être mis en place pour traiter les œdèmes de madame V

Cas clinique n°2

Monsieur Y., 62 ans, consulte son médecin néphrologue pour une évaluation de son insuffisance rénale de stade 3A. Monsieur Y n'a plus consulté de médecin depuis plus de deux ans suite à un départ à l'étranger. Cliniquement, Mr Y présente une asthénie importante ainsi qu'une pression artérielle à 150/95 mmHg, son poids actuel est de 60kg pour 165 cm.

Traitement de Mr Y avant son départ :

Coversyl® (Périndopril)	2,5 mg un jour sur deux
Uvédose® (cholécalférol)	100000UI/mois
Fumafer® (fumarate ferreux 200mg)	2cp/j

Un bilan biologique est réalisé

Biochimie

Créatininémie 250 µmol/L
Kaliémie 5,2 mmol/L
Natrémie 138 mmol/L
Calcémie 1,80 mmol/L
Phosphatémie 1,75 mmol/L
PTH 1,5 N
25-OH-Vitamine D 25 nmol/L (N 75-175 nmol/L)
CRP 2mg/mL

Biochimie urinaire

Hématurie négative
Leucocyturie négative
Rapport albuminurie/créatininurie > 30mg/mmol

NFS

VGM 85 fL
Hb 8,5 g/dL
Ht 25%
Réticulocyte 45G/L
Ferritine 120µg/L

- 1) Commenter l'évolution de la fonction rénale de Mr Y depuis son départ pour l'étranger
- 2) Commenter la NFS de Mr Y
- 3) Quels pourraient être les 2 indications du traitement par périndopril pour Mr Y ? Les objectifs thérapeutiques sont-ils atteints, auraient-ils été différents si Mr Y avait été diabétique ?
- 4) Expliquer l'origine du désordre phosphocalcique et potassique de Mr Y.

1 an plus tard, Mr Y est hospitalisé en urgence avec les symptômes suivants : soif, polyurie, polydipsie, nausée, vomissement, confusion, agitation, hyper tension artérielle et coma.

Un bilan en urgence est réalisé montrant une calcémie à 3,6 mmol/L, phosphatémie à 1,30 mmol/L, PTH N, albuminémie à 30 g/L et hémoglobine à 14,5g/dL.

A son admission le traitement de Mr Y était le suivant

Coversyl® (Périndopril)	2,5 mg un jour sur deux
Uvédose® (cholécalférol)	100000UI/mois
Fumafer® (fumarate ferreux 200mg)	2cp/j
Calcidia® (carbonate de calcium)	3 sachets /j
Phosphosorb® (Acetate de calcium)	4cp x 3/j
Kayexalate® (polystyrène sulfonate de Na)	1 cuillère mesure x 2/j
Aranesp® (darbépoïétine alpha) SC	120µg/sem

5) Expliquer la situation clinique de Mr Y, quel(s) médicament(s) pourrai(en)t en être la cause ?

Préciser leurs indications ainsi que les surveillances à effectuer ?

6) Quelle est l'indication du traitement par Aranesp®, préciser les modes d'administration possibles ainsi que les objectifs thérapeutiques à atteindre dans le cas de Mr Y.

7) le traitement par Aranesp® de Mr Y est il correct?

8) Quels sont les autres indications et les principaux effets indésirables des médicaments appartenant à la même classe que l'Aranesp®?

Cas n°3

Mr W 75 ans, atteint de diabète de type 2 et greffé rénale en 2006, est hospitalisé en service de cardiologie pour la prise en charge d'une embolie pulmonaire. Mr W a déjà été hospitalisé dans le service 2 fois cette année suite à un diagnostic de fibrillation auriculaire et pour crise hypertensive.

Le traitement de Mr W est le suivant:

Insuline degludec (Tresiba®) 24 unités le soir

Metformine 1000mg (Glucophage®) matin, midi et soir

Dapagliflozine (Forxiga®) 10 mg le matin

Warfarine (Coumadine®) 5 mg le soir

Tacrolimus (Prograf®) 5mg matin et soir

Micophénolate de mofétil (Cellcept®) 500mg matin et soir

Ramipril 2,5mg le matin

Amiodarone (Cordarone®) 200mg un jour sur deux

Données biologiques à l'admission:

DFG 15 ml/min

INR 1,5

Tacrolémie 1,5ng/mL

HbA1c 9,5%

- 1) Préciser pour chaque traitement de Mr W, la pathologie prise en charge
- 2) Commenter le bilan biologique, le traitement par warfarine est-il justifié ?
- 3) Par quel traitement pourrait-on remplacer la Warfarine ?
- 4) Quelles hypothèses peuvent être émises pour expliquer la valeur de l'INR de Mr W ?
- 5) La prise en charge du diabète est-elle correcte ? Les traitements par Metformine et Dapagliflozine sont-ils justifiés ? A quelle classe pharmacologique appartient la Dapagliflozine ? Quelles sont ses différentes indications cliniques ?
- 6) Le traitement anti-rejet de Mr W est-il adapté ?
- 7) Préciser les différentes spécialités pharmaceutiques à base de tacrolimus utilisées en greffe rénale et leurs différences.