

Dans ce cas, on peut évoquer le rôle probable du dextropropoxyphène au cours d'une insuffisance rénale, bien que l'imputabilité soit toujours difficile à affirmer. Mais au-delà de l'accident même, la question essentielle est bien celle des risques de l'automédication.

Pierre-François Dequin

Thérapeutique et réanimation médicale polyvalente, Université François Rabelais et CHRU de Tours

Patrice Queneau

Professeur émérite de thérapeutique, membre de l'Académie nationale de médecine

Mots clés : coma,

hypoglycémie, insuffisance rénale, iatrogénie, antalgique, dextropropoxyphène

Un coma hypoglycémique irréversible

Dangers et mésusages de l'automédication

Jacqueline, 52 ans, avait un long passé d'insuffisance rénale chronique anurique

Son insuffisance rénale s'était révélée avant ses 30 ans par une asthénie croissante. La biopsie rénale avait trouvé une hyalinose segmentaire et focale. Après avoir été dialysée, Jacqueline avait bénéficié d'une transplantation rénale, mais un rejet chronique était survenu, conduisant 16 ans plus tard à reprendre l'hémodialyse. Un état dépressif latent s'était alors aggravé, traité par fluvoxamine. Sa pression artérielle était équilibrée par de l'aténolol. Elle était dialysée trois fois par semaine et espérait une nouvelle transplantation...

Le soir du 2 mars, alors qu'elle était enrhumée depuis quelques jours et « mouchait sale », elle se plaignit à son mari de douleurs sous-orbitaires droites et lui demanda d'aller chercher un antalgique dans l'armoire à pharmacie. Son mari ne trouva, près du lavabo de la salle de bains, qu'une boîte entamée de Di-Antalvic®, antalgique de niveau II de l'OMS, qui associe du dextropropoxyphène et du paracétamol. Ce médicament avait été prescrit au mari, par son médecin, pour calmer ses douleurs induites par une entorse de la cheville.

Le 3 mars au matin, son épouse dormait quand il partit travailler. Elle dormait toujours, et profondément, quand il repassa à l'appartement en fin de matinée... Le médecin du SMUR arriva rapidement, et eut le bon

réflexe : mesurer sa glycémie capillaire. Celle-ci était trop basse pour le seuil de détection de son appareil... L'injection intraveineuse de soluté glucosé à 30 % n'entraîna pas de réveil. Intubée et ventilée, la malade arriva comateuse en réanimation. Un scanner réalisé en urgence était normal.

Reçue 10 jours plus tard dans le service de réanimation du CHU de Tours, Jacqueline ouvrait les yeux par moments, mais ne suivait pas du regard ; elle ne répondait pas à l'appel de son nom, et aucune communication ne pouvait être établie ; elle n'avait pas de mouvement spontané, mais les aspirations trachéales déclenchaient des sueurs profuses et une tachycardie.

En l'absence d'amélioration au bout de 10 jours, la malade était à nouveau transférée dans le service de réanimation qui l'avait prise en charge initialement. Elle y décédait quelques semaines plus tard.

Les hypoglycémies iatrogènes

Sauf chez le diabétique traité par insuline ou par sulfamides, l'hypoglycémie iatrogène est exceptionnelle, mais sa recherche doit être une priorité *devant tout signe neurologique* (de la diplopie au coma en passant par l'hémiplégie) *ou toute anomalie aiguë psychiatrique ou du comportement*, en raison des conséquences thérapeutiques immédiates et *a contrario* de la gravité d'une hypoglycémie profonde non traitée.



Les causes possibles sont variées : insuffisance hépatocellulaire grave, surtout associée à une sepsis, insuffisance surrénale ou antéhypophysaire, prise de certains médicaments ; l'insulinome existe certes, mais est exceptionnel. Plus redoutables sont les hypoglycémies *factices* par prises cachées d'insuline ou de sulfamides, qui s'observent surtout en milieu médical et chez les familles de diabétiques.

Ici, c'est le dextropropoxyphène qui apparaît probablement en cause, bien qu'il n'ait pas été possible de préciser la dose ingérée. En effet, aucun élément ne soutient la possibilité d'une intoxication volontaire : l'état psychique était bien stabilisé. D'autre part, la paracétamolémie dosée à l'admission était très inférieure au seuil toxique. Aucune cause associée d'hypoglycémie n'a été trouvée. Mais, rappelons-le, **le dextropropoxyphène est contre-indiqué chez l'insuffisant rénal sévère. La banalisation de son usage en fait le médicament le plus inducteur d'hypoglycémie après l'insuline et les sulfamides hypoglycémisants.** Insuffisants rénaux, personnes âgées et diabétiques en sont les principales victimes.

Automédication : bon usage... et mésusage

L'automédication répond à une demande universelle : celle qu'à chacun de pouvoir bénéficier des richesses de la pharmacopée quand les conditions ne permettent pas une consultation ou que la banalité apparente des symptômes ne semble pas la justifier (*encadré 1*). Les douleurs aiguës, les troubles digestifs comme le pyrosis, la diarrhée aiguë, la constipation occasionnelle, la *turista* des voyageurs, ou la contraception d'urgence, sont des exemples de situations pouvant relever de l'automédication à la condition de son « bon usage ».

Encadré 1.

Principes de l'automédication, tels qu'ils découlent « implicitement » de la réglementation du médicament en France

L'automédication concerne les médicaments hors liste* (sans prescription médicale obligatoire).

En France, les médicaments pris en automédication :

- doivent être délivrés dans une pharmacie, avec conseil pharmaceutique ;
- ne sont pas remboursés par les organismes sociaux ;
- doivent faire l'objet :
 - d'un rapport efficacité/sécurité favorable,
 - d'indications claires et bien identifiables, se rapportant essentiellement aux « petits maux » de la vie courante (douleurs, rhume, etc.),
 - d'un conditionnement adapté à un traitement court, de 2-3 jours,
 - d'une information (notice) claire, comportant l'indication d'un délai maximum avant consultation si les symptômes persistent.
- La publicité destinée au grand public est possible, sauf exception déterminée par la Commission d'AMM.

* Le dextropropoxyphène n'en fait donc pas partie, puisqu'il est de prescription médicale obligatoire.

L'automédication expose à deux types de risques

- Celui de **masquer le diagnostic** en masquant les symptômes (douleurs abdominales, thoraciques...), retard de

diagnostics parfois urgents : appendicite, cholécystite, sigmoïdite, rupture de grossesse extra-utérine, mais aussi coronarite... Nous avons observé encore récemment plusieurs « drames chirurgicaux » masqués par des automédications antalgiques inappropriées et excessives : appendicite découverte au stade de la perforation, grossesse extra-utérine rompue...

- Celui **d'induire des effets indésirables** liés aux médicaments pris en automédication ou induits par des interactions avec le traitement habituel du patient (aspirine ou AINS et antivitamine K).

Ainsi, à titre d'exemples

- Tout patient sous antivitamine K doit être particulièrement éduqué quant aux risques d'interactions (aspirine, AINS...) : des hémorragies parfois graves (digestives, cérébrales...) voire mortelles ont été induites par la seule adjonction d'aspirine ou d'AINS à un traitement par antivitamine K.
- Tout diabétique doit connaître les bases de l'adaptation des doses d'insuline.
- En règle générale, chaque personne, notamment chaque **malade à risque** doit savoir quels antalgiques utiliser au

moindre risque. Ce n'est pas le cas du dextropropoxyphène chez l'insuffisant rénal.

L'automédication doit impliquer les médecins, les pharmaciens ainsi que tous les professionnels de santé : leur rôle est essentiel en matière *d'éducation thérapeutique*, qui doit toujours être *personnalisée* et *amplifiée chez les malades à risques* [1].

Conclusion

Cette dramatique histoire illustre les dangers des *mésusages* de l'automédication : ici, du fait du recours à un *médicament de prescription médicale* conservé dans la pharmacie familiale et de surcroît *antérieurement prescrit à une autre personne*, en l'occurrence le mari. À cet effet, il faut rappeler à tout citoyen et à tout patient qu'un médicament prescrit à *un malade particulier* dans le contexte d'une *situation pathologique spécifique*, à *un moment donné*, ne doit en aucun cas servir en une autre occasion, ou à plus forte raison à quelqu'un d'autre, sans avis médical.

Référence :

1. Queneau P. L'automédication, source d'accidents ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives. Médecine. 2008;4:203-6.