

Thiosulfate de sodium par voie intrapéritonéale dans le cadre du traitement de la calciphylaxie

Manfred ISMER, Camille BECMEUR, Timothée
NUSSBAUMER, Claire BORNI, Alexandre KLEIN

Hôpitaux Civils de Colmar et AURAL Colmar

manfred.ismer@ch-colmar.fr

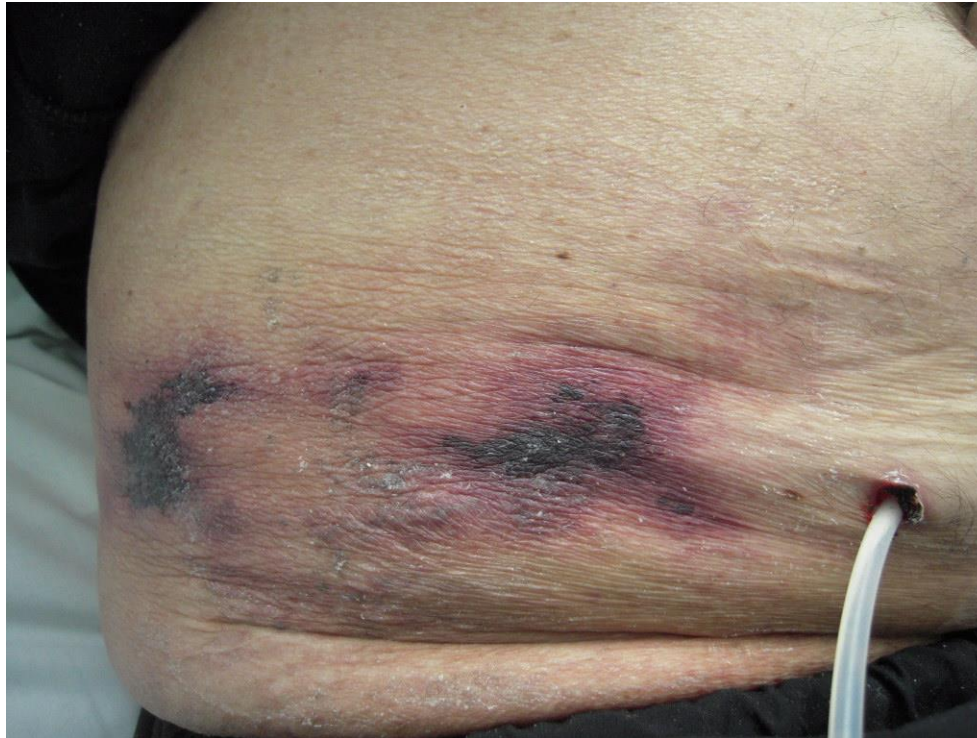
Symposium RDPLF avril 2017

Artériolopathie urémique calcifiante (calciphylaxie)

- Présentation clinique
- Épidémiologie
- Approches thérapeutiques
- Notre expérience en DP

Présentation clinique

- Nécroses cutanées algiques (abdomen, jambes)



Épidémiologie

- Généralement vue chez patients en dialyse
- Facteurs de risque
- Fréquence ? 3-4 % ?
- Pronostic ?
- Physiopathologie supposée : dysrégulation calcification extraosseuse



Approches thérapeutiques

- Arrêt AVK
- Éviter injections SC et IM
- Intensifier dialyse (relais HD ?)
- Baisser calcium, phosphate
 - Bisphosphonates, dialysat pauvre en Ca
- Corriger hyperparathyroïdie
- Soins locaux (caisson? Ptx ?)

Thiosulfate de sodium (STS, NaTS)

- Prescription ATU
- HD : 25 g 3x/semaine
- Absence d'étude randomisée
- Effets secondaires possibles :
 - Nausées, vomissement, crampes abdominales
 - Acidose métabolique avec trou anionique (Rein Case reports in Nephrology 2014 ID 765134)
 - Péritonite stérile (Gupta PDI 2012 220)

Cas clinique 1 – juin 2015

- Mr B., 86 ans, en DP depuis 3 ans (à visée cardiaque), sous AVK
- Calciphylaxie mb inf (biopsie cutanée), algique
 - Patch fentanyl
- PICC line pour administration STS
 - Sepsis *St. epidermidis* meti R 8/2015 : ablation
 - Capital veineux très pauvre : **QUE FAIRE ?**
 - Revue de la bibliographie : voie IP ne semble pas illusoire : essai

Cas clinique 1

- A la première infusion STS ip
 - Douleurs abdominales, régressives sous 5 min
 - 25 g dans 1 l
- Infusions suivantes : dans 2 l
 - Absence de symptôme
- Intensification DP
- Durée traitement > 4 mois
- Patient toujours en vie : 88 ans !

Cas clinique 2 – août 2015

- Mr M, 73 ans, en DP depuis 4,5 ans (N. vasc.)
- Valve mécanique Ao – cible INR 2,5
- AVC 1996, IDM 2007 et 1/2015, angioplasties x 12, pontage x2
- Calciphylaxie mb inf G (1^{ers} symptômes 1 mois plus tôt – croûtes hyperalgiques puis ulcères)
 - Arrêt AVK, héparine IV, STS ip
 - Scinti osseuse : absence de fixation dans tissus mous
 - AOMI avec indication op
 - Mort subite en chir peu avant intervention

Cas clinique 3 – janvier 2016

- Mr H, 80 ans, DP depuis 4 mois (N. diab.)
- ACFA – AVK
- Biopsie cutanée jambe D : calciphylaxie
 - Arrêt AVK, STS ip
 - Scinti osseuse : absence de fixation dans tissus mous
- IDM massif et fatal mars 2016

Cas clinique 4 – janvier 2016



- Mr W, 65 ans, sd cardio-rénal, DP depuis 9 mois
- Cardiopathie hypokinétique (FEVG 25 %) sous AVK, NYHA 4, DAI, cachexie (- 15 kg en 5 mois)
 - PA 95/65
- Lésion jambe droite, puis flanc D hyperalgique
 - Biopsie : calcifications vasculaires avec obstruction
 - STS ip, bonne évolution (HAD)
 - Découverte sd myéloprolifératif
 - Sd de glissement : décès avril 2016

Conclusion

- Calciphylaxie = pathologie sévère, dans un contexte sévère
- Thiosulfate ip possible
 - Bien diluer (2 l)
 - Dose utilisée : 25 g 3x/semaine dans stase longue
 - Étude clinique souhaitable
- Passage en HD à envisager, entre autres mesures
- Registre calciphylaxie annoncé

Merci pour votre attention !

