

CASE REPORT

ALTÉRATION DE LA LITHÉMIE : NE PAS SOUS-ESTIMER LES APPORTS SODÉS

Poster n°14

M. Bailly ¹, A-S. Mangé ¹, M. François ², J. Vallat ¹, X. Serée de Roch ¹

¹ Service Pharmacie, Centre Hospitalier de Montauban (82), ² Service Psychiatrie (secteur 1), Centre Hospitalier de Montauban (82)

Contact : bailly_megane@orange.fr

INTRODUCTION

Il s'agit d'une patiente de 45 ans hospitalisée le 20 mars 2021 pour fléchissement thymique sur trouble bipolaire.

Dans ses antécédents, on note une BPCO, des troubles du rythme cardiaque et une opération de bypass (il y a quelques années). Ses traitements sont: TERALITHE LP [®] 1000 mg/j; Gabapentine ; Miansérine; SERESTA[®]; Paroxetine; Vérapamil, Paracétamol codéiné [®] (Klipal codéiné à domicile, switché par Dafalgan codéiné eff [®] en milieu hospitalier). Aucun événement somatique intercurrent n'est rapporté.

Depuis 11/2020, les lithémies sont instables (entre 0.25mM et 1.17mM), sans adaptation de traitements connue. A l'entrée à l'hôpital, celle à J1 est de 0.85mM, et diminue à 0.25mM à J15. Les bilans électrolytiques et rénal sont normaux,

Quid de l'étiologie de cette irrégularité biologique depuis plusieurs mois?

HYPOTHESES

1. Observance douteuse ?
2. Impact du bypass sur l'absorption du lithium ?
3. Apports sodés "cachés" (iatrogènes ou non) ?

RÉSULTATS

1. Actions correctives (01/04/21)

- 1 -

Posologie de Lithium (Li) inchangée
à l'entrée en hospitalisation

- 2 -

Evaluation psychiatrique
→ **défaillance d'observance improbable**
(bonne compliance au traitement)

- 3 -

Bypass pourvoyeur de dilution ¹
(en faveur de majoration de lithémie)
→ hypothèse non retenue ici

- 4 - Réévaluation des apports sodés

Cf compétition avec le sodium au niveau de l'excrétion rénale → si régime désodé ou perte accrue de sodium, augmentation de la réabsorption du lithium observée.

A l'entrée, la patiente buvait 1 L d'eau pétillante St Yorre par jour
⇒ **origine des perturbations de la lithémie à domicile?**

→ **Arrêt des apports excédentaires sodés nutritionnels**

Arrêt de thérapeutiques effervescentes + switch vers formes sèches
⇒ **origine de l'instabilité de la lithémie à domicile + hôpital?**

→ **Arrêt des apports excédentaires sodés iatrogènes**

Certaines eaux minérales naturelles sont riches en sodium :
Saint Yorre (1708 mg/l), Célestin (1172 mg/l), Arvie (650 mg/l), Quézac (256 mg/l) ...²

Les eaux minérales plates contiennent habituellement peu de sodium :
Abatilles (74,5 mg/l), Plancoet (36,4 mg/l) ...²

Nom de spécialité	Dafalgan codéiné [®] eff	P/c CRISTERS eff	P/c BIOGARAN eff	P/c ARROW eff	Klipal codéiné [®] cp	Dafalgan codéiné [®] cp
Quantité de Na/cp	385 mg	341 mg	410 mg	410 mg	moins de 23 mg (pour les 2 dosages)	moins de 1,6 mg

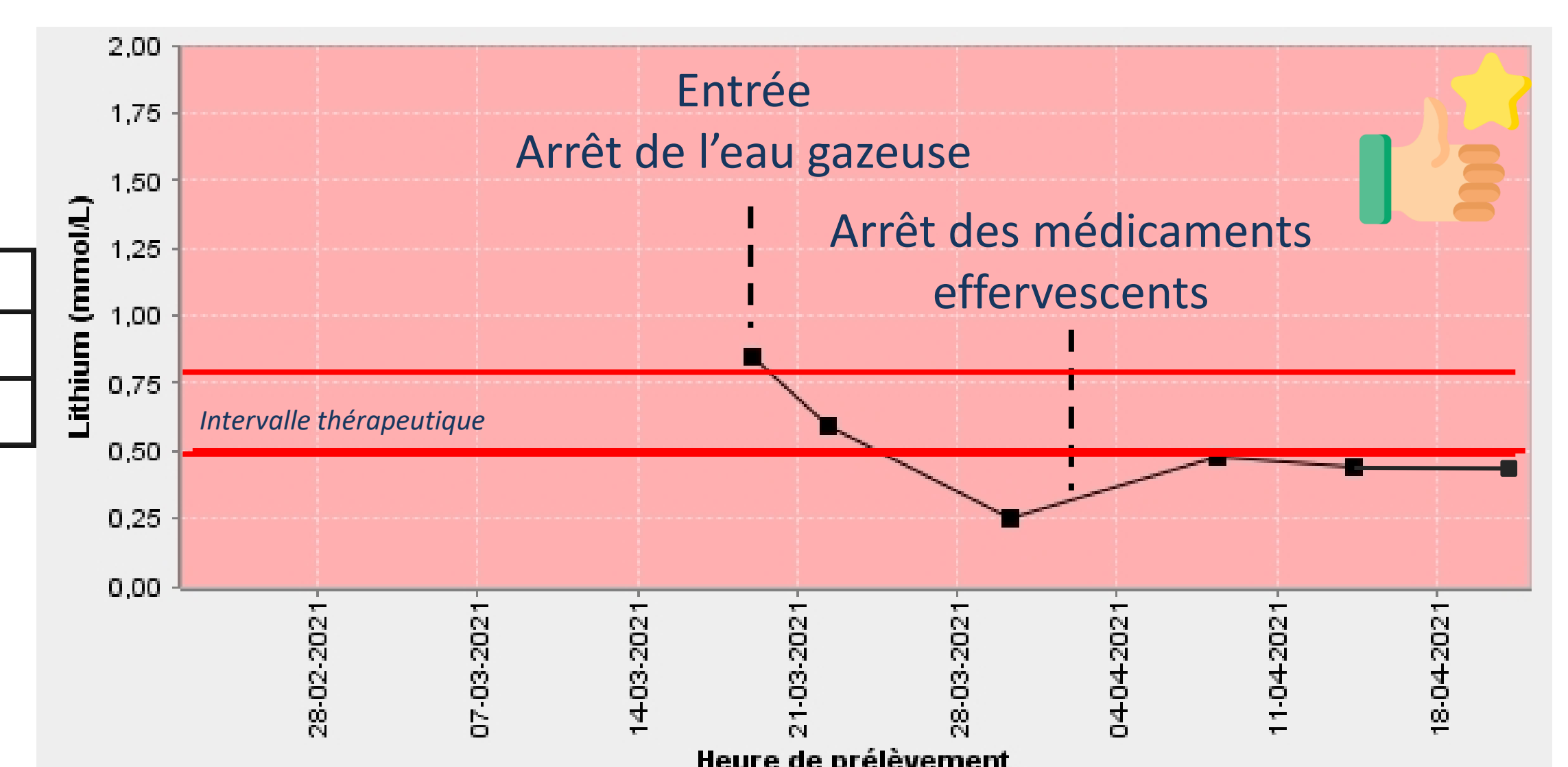
Tableau comparatif illustrant la quantité de sodium (Na) par comprimés de spécialités à base de paracétamol codéiné (P/c)

2. Résultats biologiques après corrections

Lithémies (prélevées à H24 de la dernière prise)

- 08/04/21 → **0.48 mM** 
- 15/04/21 → **0,44 mM** 
- 22/04/21 → **0,44 mM** → majoration de posologie

Échelle
☒ Linéaire
☐ Logarithmique



DISCUSSION /CONCLUSION

L'efficacité du traitement par Li dépend de la posologie, du suivi biologique, des co-médications et surtout d'un apport sodé stable (NB : consommation < 7,5 g/j de Na⁺ recommandée ³). La connaissance de ce dernier avant initiation et au cours du traitement est nécessaire, pour optimiser la stabilisation biologique et psychique sous Li. En tant que médicament à marge thérapeutique étroite, le suivi des posologies et des lithémies de contrôle devrait idéalement être consigné (carnet de suivi) afin de prendre en charge rapidement d'éventuels écarts.