

## Force de l'interaction Eltrombopag et calcium

Perrine, LAURENT, Interne, Médecine interne, CHU Nantes, FRANCE

- Julie, GRAVELEAU, PH, Médecine Interne, CHU Nantes, FRANCE
- François, PERRIN, PH, Médecine Interne, CH Saint-Nazaire, FRANCE
- Albane, HAMELIN, PH, Médecine polyvalente, CH Saint-Nazaire, FRANCE
- Sanda, TCHANGAI-KAO, Médecine Polyvalente, CH Saint-Nazaire, FRANCE

### INTRODUCTION

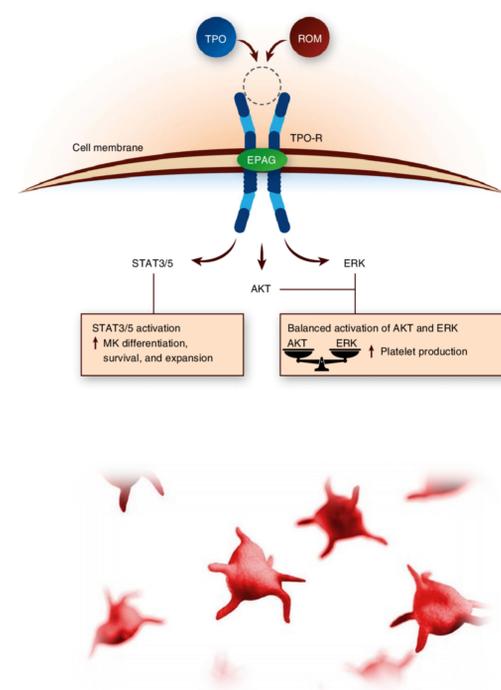
Le PTI est une maladie souvent chronique chez l'adulte, exposant à un risque hémorragique, parfois contraignant dans la vie quotidienne, que ce soit par la fréquence des bilans sanguins, l'adaptation des activités et les contraintes liées aux traitements.

Au même titre qu'avec les traitements immunosuppresseurs, les agonistes du récepteur de la thrombopoïétine (aRTPO) nécessitent une information éclairée donnée au patient lors de leur introduction.

En effet, ces derniers exposent à un risque accru d'événements thromboemboliques, ainsi qu'un sur-risque d'hépatopathies. Une surveillance régulière de la NFS et du bilan hépatique est de rigueur en cours de traitement.

Il est essentiel de sensibiliser les patients aux signes cliniques évocateurs d'évènements thromboemboliques, au risque hémorragique en cas d'inobservance des traitements, mais également d'attirer leur vigilance sur leurs interactions avec l'alimentation. Les antiacides, les produits laitiers et les autres produits contenant des cations polyvalents, tels que les compléments minéraux, doivent être administrés à au moins quatre heures de la dose d'eltrombopag. Ce type d'interaction est bien connu.

Nous rapportons un cas illustrant de manière caricaturale ce type d'interaction, chez un patient sous aRTPO, bien informé et observant.



### OBSERVATIONS

Pour illustrer ce propos, nous allons nous attacher au cas de M. J, un patient de 68 ans suivi pour un PTI primaire.

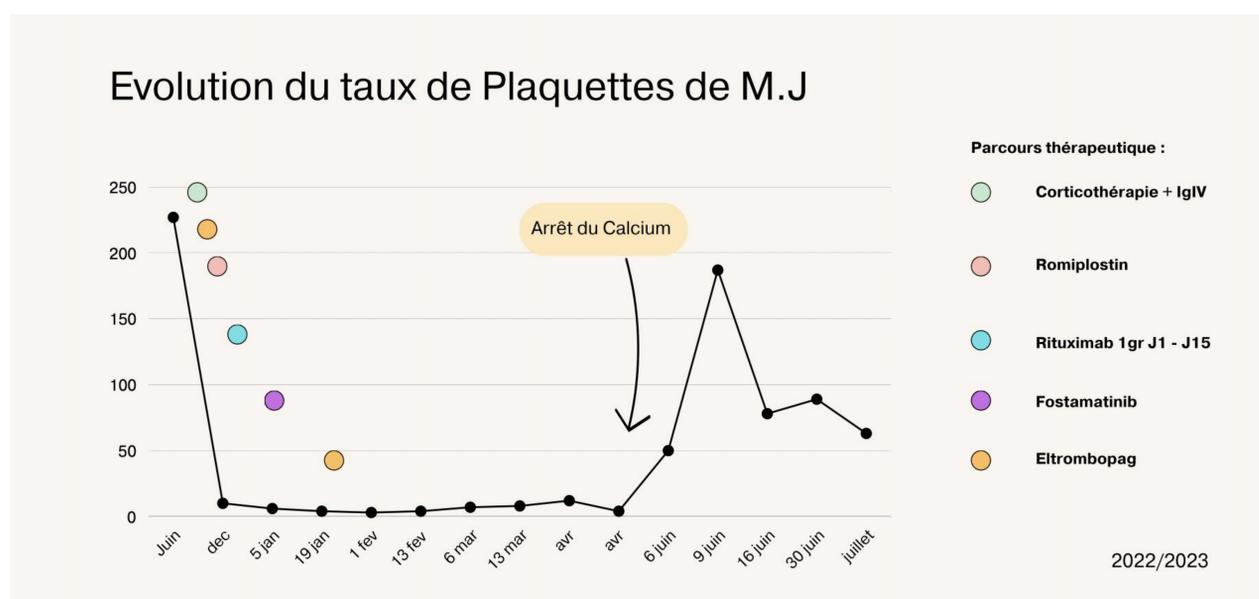
Découverte de son PTI en juillet 2022 au décours d'une pneumopathie infectieuse qui le conduit en service de réanimation. Il présente alors une thrombopénie majeure avec un taux de plaquettes <10 G/L sans rendement transfusionnel. Réalisation d'un myélogramme sans anomalie, pas d'argument pour une thrombopénie induite par l'héparine. L'histoire semblait s'inscrire dans un PTI secondaire car le patient était en cours de bilan d'une néoplasie ORL. Mais devant l'absence de correction de la thrombopénie après traitement du facteur déclenchant (laryngectomie), il est finalement conclu à un PTI idiopathique.

Sur le plan thérapeutique, il a reçu un traitement par corticothérapie et Immunoglobulines en phase aiguë, avec une réponse très modeste et de courte durée. Puis introduction d'eltrombopag 50 mg/jour en septembre 2022 au vu de la récurrence précoce de sa thrombopénie à la décroissance des corticoïdes, sans effet. Il bénéficiera par la suite d'un traitement par romiplostim à dose maximale (10 µg/Kg), sans efficacité, d'une cure de Rituximab, inefficace, puis de fostamatinib (100 puis 150 mg x 2/jour) en décembre 2022, sans succès également. Plaquettes constamment < 10 G/L. Réintroduction d'eltrombopag à dose optimale de 75 mg/ jour en janvier 2023 toujours sans impact sur les plaquettes.

Après ce parcours thérapeutique chaotique, le patient annonce finalement consommer 3 sachets par jour de calcium prescrits par son médecin traitant, en prévision de son risque ostéoporotique.

Le patient confirme respecter scrupuleusement les consignes qui lui ont été données et prendre son comprimé d'eltrombopag à 5h du matin, et le calcium à 9h. Il lui est demandé, sans grande conviction, de stopper la prise du calcium du matin, jugée inutile, et bien que prise au moins 4 h après la prise d'eltrombopag.

La numération suivante montrait des plaquettes à 57 G/L, la suivante à 181 G/L. Les plaquettes se stabilisaient ensuite autour de 100 G/L.



### CONCLUSION

Comme l'illustre la courbe d'évolution du taux de plaquettes de M.J, il est primordial de s'assurer de la bonne observance des traitements et leur prise en conditions optimales avant de conclure à l'inefficacité du traitement ou envisager un switch thérapeutique.

Les 2 points marquants de ce dossier sont : la persistance de l'interaction avec le calcium, malgré le respect de l'intervalle de temps avec la prise d'eltrombopag et l'importance de cette interaction, les plaquettes passant de < 10 G/L à > 100 G/L dans les 2 semaines suivant l'arrêt du calcium.

Sources :

- schéma récepteur TPO : Scientific Figure on ResearchGate. Available from: [https://www.researchgate.net/figure/Effects-of-thrombopoietin-TPO-receptor-TPO-R-activation-by-TPO-and-TPO-receptor\\_fig2\\_326062347](https://www.researchgate.net/figure/Effects-of-thrombopoietin-TPO-receptor-TPO-R-activation-by-TPO-and-TPO-receptor_fig2_326062347) [accessed 28 May, 2024]
- Fiche à destination des patients d'utilisation du REVOLADE : <https://www.afmps.be/sites/default/files/downloads/Revolade%20patient%20FR%20guide%20PTI.pdf>
- [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir36/pnds- purpura\\_thrombopenique\\_immunologique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir36/pnds- purpura_thrombopenique_immunologique.pdf)