Cipro comprimés d'HCl de ciprofloxacine / **Cipro I.V.** ciprofloxacine pour injection

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES (suite)

n'a été effectuée. La durée du traitement dépend de l'intensité de l'infection. En général, le traitement par la ciprofloxacine doit continuer pendant au moins 3 jours après la disparition des signes et des symptômes de l'infection. La durée habituelle du traitement est de 7 à 14 jours; un traitement plus long peut être nécessaire dans les cas d'infections graves ou compliquées. Pour les infections des os et des articulations, un traitement de 4 à 6 semaines ou plus peut être nécessaire. **Traitement séquentiel i.v.-oral :** Chez un patient recevant la ciprofloxacine par voie i.v., le médecin peut, à sa discrétion, envisager l'administration des comprimés de ciprofloxacine s'ils sont indiqués sur le plan clinique. Les études cliniques sur l'administration d'un traitement séquentiel i.v.-oral dans les cas de septicémie n'a cependant été effectuée. **Altération de la fonction rénale :** La ciprofloxacine est principalement éliminée par les reins. Cependant, elle est aussi métabolisée et partiellement éliminée par les voies biliaire et intestinale (voir PHARMACOLOGIE CHEZ L'ÊTRE HUMAIN). Cette autre voie d'élimination du médicament semble compenser l'excrétion rénale limitée des patients atteints d'une altération de la fonction rénale. Certaines modifications de la dose sont cependant recommandées, surtout en présence d'un important dysfonctionnement rénal. Le tableau suivant donne des directives à cet égard. Cependant, la surveillance des concentrations sériques constitue la base la plus fiable pour modifier la posologie. Une petite quantité seulement de ciprofloxacine (< 10 %) est éliminée de l'organisme par l'hémodialyse ou par la dialyse péritonéale.

Clairance de la créatinine mL/min/1,73 m²	Dose quotidienne maximale Voie orale	Voie i.v.	Concentration sérique de créatinine mg/100 mL
31 à 60	1000 mg	800 mg	1,4 à 1,9
≤ 30	500 mg	400 mg	≥ 2,0

Il ne faut pas dépasser la dose quotidienne maximale quand la clairance de la créatinine ou la concentration sérique de créatinine correspondent aux valeurs ci-dessus. Lorsque seule la concentration sérique de créatinine est connue, la formule suivante (basée sur le sexe, le poids et l'âge du patient) peut être utilisée pour obtenir la clairance de la créatinine. Les concentrations sériques de créatinine devraient représenter un état stable de la fonction rénale.

Clairance de la créatinine (mL/s)	Unités traditionnelles (mL/min)
Hommes : Poids (kg) x (140 - âge) / 49 x créatinine sérique (µmol/L)	**Hommes :** Poids (kg) x (140 - âge) / 72 x créatinine sérique (mg/100 mL)
Femmes : 0,85 x la réponse obtenue ci-dessus	**Femmes :** 0,85 x la réponse obtenue ci-dessus

Enfants : L'innocuité et l'efficacité de CIPRO®, CIPRO® I.V. et de la suspension buvable CIPRO® chez les enfants n'ont pas été établies. CIPRO®, CIPRO® I.V. et de la suspension buvable CIPRO® ne doivent pas être administrés pendant la période prépubertaire (voir MISES EN GARDE).

Présentation : Comprimés enrobés : CIPRO® 100 : Un comprimé enrobé, rond et blanc, portant la désignation «CIPRO» d'un côté et l'inscription «100» de l'autre contient du chlorhydrate de ciprofloxacine équivalant à 100 mg de ciprofloxacine. Conditionnement de 6 doses unitaires. **CIPRO® 250 :** Un comprimé enrobé, rond et blanc, portant la désignation «CIPRO» d'un côté et l'inscription «250» de l'autre contient du chlorhydrate de ciprofloxacine équivalant à 250 mg de ciprofloxacine. Flacon de 100 comprimés. **CIPRO® 500 :** Un comprimé enrobé, oblong et blanc, portant la désignation «CIPRO» d'un côté et l'inscription «500» de l'autre contient du chlorhydrate de ciprofloxacine équivalant à 500 mg de ciprofloxacine. Flacon de 100 comprimés et conditionnement de 100 doses unitaires. **CIPRO® 750 :** Un comprimé enrobé, oblong et blanc, portant la désignation «CIPRO» d'un côté et l'inscription «750» de l'autre contient du chlorhydrate de ciprofloxacine équivalant à 750 mg de ciprofloxacine. Flacon de 50 comprimés et conditionnement de 100 doses unitaires.

Cipro®I.V. : Préparation injectable : Un millilitre contient 10 mg de ciprofloxacine. Flacons à usage unique de 20 mL et de 40 mL. **Mini-sacs :** Un millilitre contient 2 mg de ciprofloxacine. Mini-sacs de 100 mL et de 200 mL prêts à l'emploi. **Suspension buvable CIPRO® :** La suspension buvable de ciprofloxacine contient 10 % de ciprofloxacine (10 g de ciprofloxacine dans 100 mL). Le médicament comporte deux constituants (microcapsules et diluant), qui doivent être mélangés (Voir les directives à l'intention du pharmacien concernant la préparation de la suspension buvable).

Volume total après la reconstitution	Teneur en ciprofloxacine après la reconstitution	Quantité de ciprofloxacine dans un flacon
100 mL	500 mg/5 mL	10 000 mg

Ranger entre 15 et 25 °C. Ne pas placer à l'horizontale. Craint le gel.
La solution reconstituée peut être réfrigérée ou conservée à température ambiante (entre 5 et 25 °C) pendant 14 jours. Ne pas placer à l'horizontale. La boîte contient une cuillère à thé.
Monographie fournie sur demande.

Bayer

Bayer Inc.
Division des soins de santé
77 Belfield Road
Toronto (Ontario)
M9W 1G6

©Bayer Inc., 1999
®Cipro est la marque originale du chlorhydrate de ciprofloxacine. Cipro, Bayer et la croix Bayer sont des marques déposées de Bayer AG utilisées sous licence par Bayer Inc. CP549-1299F CCPP

La saturométrie fœtale

par Louise Dessureault

OUTRE LE MONITORAGE FŒTAL et la pH-métrie du scalp fœtal, le clinicien dispose de peu d'outils pour évaluer le bien-être fœtal (BEF) durant le travail. La saturométrie fœtale permet une évaluation plus précise du BEF, particulièrement lorsque le tracé du monitorage s'avère inquiétant ou dans les cas de grossesses à risque.

Disponible depuis environ un an à l'hôpital du Sacré-Cœur, le saturomètre fœtal (Nellcor Puritan Bennett N-400) permet de mesurer la saturation en oxygène du sang du fœtus (SpO_2). D'installation facile, le capteur est appliqué sur la joue du fœtus, ce qui nécessite au préalable une amniotomie et une dilatation d'au moins deux centimètres. Ce capteur est relié à un moniteur qui affiche le tracé du cœur fœtal et la SpO_2. Cette dernière est enregistrée sur la feuille du moniteur fœtal et peut ainsi être versée au dossier.

La valeur normale de saturation chez le fœtus diffère énormément de celle du nouveau-né à terme. Après plusieurs études sur des moutons[1,2], une étude prospective multicentrique réalisée en Allemagne[3] a permis d'établir un seuil critique de SpO_2. Dans cette étude, la SpO_2 fœtale était mesurée en même temps que le pH du scalp fœtal chez des fœtus dont le rythme cardiaque au monitorage était jugé inquiétant. Chez tous les fœtus dont la SpO_2 s'élevait au-dessus de 30 %, le pH simultané se situait minimalement à 7,20, au-dessus donc du seuil d'acidémie pathologique. Le seuil critique de SpO_2 s'établit ainsi à 30 % (sensibilité de 81 %, spécificité de 100 %).

Chaque clinicien sait qu'un tracé de monitorage fœtal inquiétant n'est pas nécessairement associé à une souffrance fœtale. Combien de bébés nés par césarienne ou par accouchement assisté (ventouse ou forceps) parce qu'on avait présumé une souffrance fœtale ne présentent aucune acidémie et ont des scores d'APGAR normaux ? Le pH du scalp permet d'établir un diagnostic de souffrance fœtale, mais il est parfois difficile à réaliser et doit être répété si l'accouchement n'est pas imminent. En installant un saturomètre fœtal, on obtient une valeur fiable qui nous permet, lorsqu'elle se situe au-delà de 30 %, de laisser le travail se poursuivre en toute sécurité et de reconnaître l'acidémie lorsqu'elle survient.

LA SATUROMÉTRIE FŒTALE s'avère un moyen fiable d'évaluer le BEF, particulièrement lorsque le tracé de monitorage est inquiétant. Il s'agit d'une méthode peu effractive qui permet d'obtenir un indice de l'acidémie fœtale tout au long du travail. Il sera intéressant d'évaluer son influence sur le taux de césariennes pratiquées à cause d'un tracé inquiétant, puisqu'il permet d'établir avec plus de précision un diagnostic de souffrance fœtale. □

La Dre Louise Dessureault, omnipraticienne, exerce à l'Hôpital du Sacré-Cœur, à Montréal.

Bibliographie

1. Richardson B, Carmichael L, Homan J, et al. *Cerebral oxidative metabolism in fetal sheep with prolonged graded hypoxemia.* Proceedings of the 36th Meeting of the Society for Gynecologic Investigation, 15 au 18 mars 1989, San Diego, CA : 106 pages.
2. Nijland R, Jongsma H, Nijhuis J, Van den Berg P, Oesegurg B. Arterial oxygen saturation in relation to metabolic acidosis in fetal lambs. *Am J Obstet Gynecol* 1995 ; 172 : 810-9.
3. Kuhnert M, Seelback-Gobel B, Butterwegge M. Exposé présenté au Fetal Oxymetry Symposium, 3rd World Congress of Perinatal Medicine, 21 octobre 1996, San Francisco, CA.