

# Prise en charge d'une intoxication aiguë aux urgences

**Bruno Mégarbane**

Réanimation Médicale et Toxicologique

Hôpital Lariboisière

INSERM U705, CNRS UMR 7157 - Université Paris 7

## Définition d'une intoxication grave

Une intoxication se définit comme grave :

- Devant la nécessité d'une surveillance rapprochée, en raison de la quantité importante de substance à laquelle le sujet a été exposé.
- Des symptômes présentés (coma, convulsions, détresse respiratoire, hypoventilation alvéolaire, instabilité hémodynamique ou troubles du rythme ou de conduction cardiaque).
- Du terrain sous-jacent (co-morbidités lourdes, âge très avancé ou nourrisson).

# Évaluation du pronostic

L'évaluation du pronostic d'une intoxication doit tenir compte

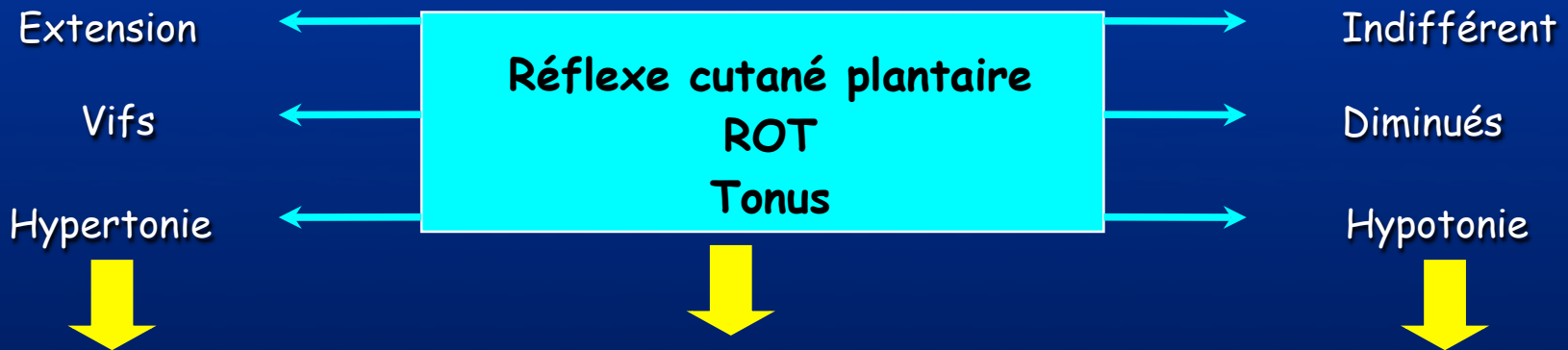
- des caractéristiques du toxique
- de la dose supposée ingérée
- de la formulation (libération prolongée)
- du patient intoxiqué (âge et co-morbidités)
- du délai entre l'ingestion et la prise en charge
- de l'apparition retardée des symptômes (métabolisme activateur)
- de la survenue de complications

# Prise en charge générale d'un intoxiqué

- Recherche d'une défaillance vitale
- Préciser les circonstances de découverte
- Préciser le tableau clinique et paraclinique
- Indications thérapeutiques:
  - Traitements symptomatiques
  - Décontamination digestive
  - Traitement épurateur
  - Antidote
- Analyse toxicologique

**La clinique et les résultats biologiques sont prééminents par rapport aux résultats analytiques toxicologiques**

# Examen neurologique d'un patient comateux



## Syndrome pyramidal

- Hypoglycémie
- Antidépresseurs
- Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine
- CO
- Anoxie cérébrale quelque soit la cause
- Phénothiazines anti-histaminiques

## Syndrome extra-pyramidal

- Neuroleptiques
- Benzamide substituée
- Butyrophénone
- CO

## Syndrome de myorelaxation

- Phénobarbital
- Benzodiazépines
- Zopiclone, Zolpidem
- Carbamates
- Alcools : ivresse profonde
- Phénothiazines sédatives : Tercian<sup>®</sup>, Nozinan<sup>®</sup>

## Intérêt des toxidromes

Un toxidrome (ou syndrome d'origine toxique) est un ensemble de symptômes cliniques, biologiques et/ou ECG évocateur d'une pathologie toxique. Ces symptômes sont la conséquence directe de l'action toxicodynamique des xénobiotiques.

- L'approche clinique doit être orientée sur la recherche de toxidromes.
- L'origine toxique d'un coma peut être évoquée devant l'absence de signe de focalisation. Les signes associés permettent d'évoquer une classe pharmacologique ou un médicament en particulier.
- L'ECG est systématique pour toute intoxication grave.

# Syndrome opiacé :

- Coma
- Myosis
- Bradypnée (FR < 12 /min)



Naloxone

Possibles: bradycardie - hypotension

## Étiologies:

- Héroïne
- Morphine
- Opiacés naturels: codéine, codothéline, pholcodine
- Produits de substitution de l'héroïne (méthadone, buprénorphine)
- Autres opioïdes: dextropropoxyphène, tramadol, ...

## Attention:

- Seuls opiacés sont détectés par tests IC urinaires
- Effets de la buprénorphine peu reversés par naloxone

# Syndrome anticholinergique :

## Syndrome central:

- Confusion
- Agitation
- Hallucinations
- Tremblements
- Syndrome pyramidal
- Convulsions
- Fièvre

## Étiologies:

- Antidépresseurs tricycliques
- Antihistaminique H1

## Syndrome neurovégétatif:

- Mydriase
- Tachycardie
- Sécheresse des muqueuses
- Rétention d'urine



Contre-indication  
de l'Anexate®



# Syndrome cholinergique :

## Syndrome muscarinique:

- Myosis
- Bronchorrhée
- Bronchospasme
- Bradycardie
- Douleurs abdominales
- Vomissements, diarrhées
- Sueurs

## Syndrome nicotinique:

- Fasciculations musculaires
- Paralysie
- Tachycardie
- HTA



Atropine

**Syndrome central:** Stimulation initiale puis dépression SNC  
Agitation, céphalées, tremblements, confusion, ataxie, convulsions, coma

## Étiologies:

- Insecticides anticholinestérasiques (carbamates, organophosphorés)
- Gaz de combats organophosphorés (G et V)

# Syndrome adrénérgique :

## Troubles neurologiques:

- Agitation
- Tremblements
- Convulsions
- Mydriase

## Troubles métaboliques:

- Acidose lactique
- hypokaliémie de transfert

## Syndrome neurovégétatif:

- Palpitations
- Tachycardie
- Hypotension (effet b+)
- Hypertension (effet a+)
- Troubles du rythme (TSV, TV)
- Insuffisance coronaire



Contre-indication  
des bêta-bloquants  
(sauf Trandate®)

## Étiologies:

- Effet alpha-mimétique: cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy
- Effet bêta-mimétique: théophylline, salbutamol, caféine

# Syndrome sérotoninergique :

- Notion d'ingestion d'un agent sérotoninergique
- Présence de 3 ou plus des signes suivants :
  - Confusion                      Fièvre
  - Agitation                      Tremblements
  - Myoclonies                      Diarrhée
  - Hyperréflexie                      Incoordination motrice
- Exclusion d'une autre étiologie (infection, métabolique, sevrage)
- Absence d'introduction ou de modification de posologies d'un neuroleptique

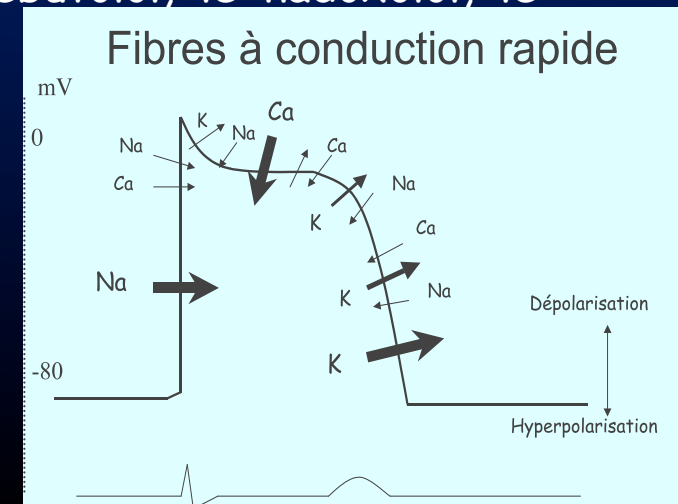
-  **Refroidissement externe - Sédation + curare - Périactine®**

Etiologie

antidépresseurs tricycliques, IMAO, SSRIs, LSAs,

# Stabilisants de membrane en toxicologie

- v Les antidépresseurs polycycliques, citalopram et valafaxine
- v Des anti-paludéens comme la chloroquine ou la quinine
- v Tous les anti-arythmiques de la classe I de Vaughan-Williams: quinidine, lidocaine, phénytoïne, mexilétine, cibenzoline, tocainide, procainamide, disopyramide, flécaïnide, propafénone
- v Certains  $\beta$ -bloquants comme le propranolol, l'acébutolol, le nadoxolol, le pindolol, le penbutolol, le labétalol et l'oxprénolol
- v La carbamazépine
- v Les phénothiazines
- v Le dextropropoxyphène
- v La cocaïne.



# La décontamination intestinale

**Principe**: diminution de l'absorption des toxiques.

**Indication**: 2 heures après ingestion d'une dose toxique d'un produit

- Passé ce délai, son efficacité n'est pas connue.
- Pas de preuve que son administration améliore le pronostic (études volontaire sain).
- Dose toxique à déterminer en comparant DSI et DMR

**Contre-indication**: Trouble de conscience - caustique, moussant, pétrolier

**Préférer Charbon activé**

sauf toxique non adsorbé: alcools, fer, métaux lourds, ions (lithium)

## Critères prédictifs du décès des intoxications avec effet stabilisant de membrane malgré un traitement médical conventionnel bien conduit

- A - Arrêt cardiaque persistant à l'admission.
- B1 - État de choc réfractaire: PAS  $\leq$  90 mmHg malgré: remplissage  $\leq$  1000 mL + bicarbonates M  $\geq$  375 mL + adrénaline  $\geq$  3 mg/h (glucagon  $\geq$  5 mg/h pour  $\beta^-$ )
- C1 - Défaillance respiratoire: PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>  $\leq$  150 mmHg en VC + sédaté
- C2 - Défaillance rénale: diurèse  $\leq$  20 mL/h ou créatinine  $\geq$  120  $\mu$ M (H) ou 90  $\mu$ M (F)

A ou B + C1 + D ou B + C2 + D

## Conclusions :

- Les intoxications aiguës sont la cause la plus importante d'admission aux urgences et en réanimation.
- Les complications vitales sont parfois présentes dès l'admission.
- La démarche diagnostique s'appuie sur les toxidromes.
- La prise en charge des intoxications relève de l'urgence et est principalement basée sur les traitements symptomatiques et les antidotes.