

## Cas clinique : intoxications par cardiotropes

*J.-P. TORRES*

Les intoxications par cardiotropes sont responsables d'une surmortalité. La toxicité cardiaque n'est pas l'apanage des seuls médicaments de la pharmacopée cardiologique. Certains psychotropes (carbamates, antidépresseurs tricycliques), antalgiques (colchicine, dextropropoxyphène), drogues (cocaïne, amphétamines), produits industriels (cyanure, éthylène-glycol), agricoles (organophosphorés) ou domestiques (CO), mais aussi des baies, des plantes et certains venins peuvent avoir des effets cardiovasculaires sévères.

L'expression clinique peut prendre plusieurs formes (qui peuvent coexister) : choc, trouble du rythme ou trouble de la conduction. Le mécanisme du choc n'est pas uniciste : hypovolémie (champignons, métaux lourds), vasodilatation artérielle (antihypertenseurs) ou veineuse (dérivés nitrés), inotropisme négatif (stabilisants de membrane, bêtabloquants, inhibiteurs calciques), dysfonction diastolique (digoxine), troubles du rythme (stabilisants de membrane, digitaliques, cocaïne), troubles de la conduction (stabilisants de membrane, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, digitaliques), myocardite toxique (colchicine, éthylène glycol), nécrose myocardique (cocaïne, CO).

La prise en charge de ces intoxications doit tenir compte du mécanisme du choc. Dans le cas contraire, le risque d'échec thérapeutique est grand. Les objectifs du traitement sont le maintien de l'état circulatoire : pression artérielle systolique > 90 mmHg, fréquence cardiaque > 50/min et disparition des signes d'hypoperfusion périphérique. Les traitements symptomatiques sont généralement suffisants.

*Jean-Pierre Torres, SAMU 38.*

Au-delà, le traitement doit être adapté aux symptômes et au mécanisme du choc :

- En cas de bradycardie/trouble de la conduction : atropine, isoprénaline puis entraînement électrosystolique.
- En cas d’hypotension : le recours aux catécholamines doit être précoce. Le choix est guidé par le profil hémodynamique du patient. L’adrénaline est un choix logique en première intention.
- Le recours aux antidotes doit être envisagé tôt. Solutés salés hypertoniques en cas d’effet stabilisant de membrane (QRS > 0,12 sec), glucagon, insuline euglycémique, sels de calcium. Le traitement par anticorps anti-digitaliques est le seul traitement efficace en cas de surdosage digitalique.

Le recours stratégies thérapeutiques d’exception, antidotes et circulation extra-corporelle, doit être intégré dans les algorithmes de prise en charge et organisé dès la prise en charge préhospitalière.

## Référence

Mégarbane B, Lapostolle F. Intoxication par les cardiotropes. In : Urgences toxicologiques. Journées scientifiques de la SFMU. Toulouse, 2008. SFEM. Paris. 147-67.