

Les dangers du patient intoxiqué asymptomatique

L. DEDIEU, C. SAYAG

1. Introduction

Les intoxications sont devenues la première cause d'admission à l'hôpital des sujets de moins de 30 ans dans les pays développés et la deuxième cause de mort brutale dans les pays en voie de développement.

Les médicaments et produits à usage pharmaceutique impliqués représentent 53 % des cas, les produits ménagers (15 %), les produits industriels (6,7 %), les produits agricoles (3,3 %), les cosmétiques (2,7 %) les gaz toxiques (1,9 %) et les stupéfiants (1,4 %).

La mortalité globale dans l'étude des centres antipoison était de 0,27 % (1).

Le nombre des tentatives de suicide est en nette augmentation, tandis que la gravité somatique est en diminution (1).

Il y aurait plus de 2 000 décès par intoxication médicamenteuse chaque année en France (2).

Les différents modes d'exposition :

– **Les tentatives de suicide.** 90 % des intoxications de l'adulte. Les médicaments sont en cause dans 85 % des cas.

Correspondance : L. Dedieu – D' C. Sayag, Pôle de médecine d'urgences, Place du Docteur Baylac, TSA 40031, 31059 Toulouse cedex 9. E-mail : sayag.c@chu-toulouse.fr

- **Les intoxications accidentelles domestiques.** 95 % des intoxications chez l'enfant. La cause est souvent évidente lorsque l'intoxication a eu lieu en présence de témoins. Chez l'adulte, souvent dues à l'ingestion d'un produit déconditionné.
- **Les intoxications professionnelles :** manipulation ou exposition à un toxique connu sur le lieu du travail.
- **Les toxicomanies.** Diagnostic basé sur le contexte, les antécédents. Des traces d'injections, la symptomatologie, l'usage à grande échelle des traitements de substitution à l'héroïne a fait apparaître des intoxications par la méthadone et la buprénorphine chez l'enfant.
- **Les erreurs thérapeutiques ou surdosages médicamenteux.** Enfants et personnes âgées.
- **Infection alimentaire collective :** souvent dues à l'ingestion d'aliments toxiques (champignons).

Nous devons distinguer la notion d'exposition (exposition asymptomatique) et la notion d'intoxication (exposition symptomatique).

Dès l'accueil, l'IAO doit relever un certain nombre de signes cliniques qui doivent être consignés, et en fonction du toxique, et appel au CAP-TV, permettre une orientation et une surveillance.

Nous allons exposer des toxiques « pièges » pouvant donner lieu à un tableau d'une intoxication grave.

2. Définition

La seule *suspicion* d'une intoxication suffit au raisonnement ;

Un Toxidrome est un ensemble de signes cliniques, biologiques et/ou ECG évocateurs d'une pathologie toxique.

Toute l'approche clinique doit être orientée en fonction des toxidromes.

Il faut rechercher :

- Nature des principes actifs impliqués :

Si le principe actif ingéré est inconnu → appel au Centre anti-poison (CAP TV). Attention à l'ingestion de spécialités contenant plusieurs principes actifs toxiques ;

- Dose ingérée

Elle doit être supposée maximale rapportée au poids du patient (chez l'enfant++)

- Délai entre ingestion et accueil :

Notion « **d'intervalle libre** » qui peut être de plusieurs heures entre la prise du toxique et l'apparition des premiers symptômes.

- Âge et antécédents du patient

Une intoxication se définit comme grave : (3)

- devant la nécessité d'une surveillance rapprochée, en raison de la quantité importante de substance à laquelle le sujet a été exposé,
- devant des symptômes présentés (coma, détresse respiratoire, troubles du rythme ou de conduction...),
- devant un terrain sous-jacent (âge avancé, nourrisson, co-morbidités).

La gravité potentielle de l'intoxication dépend :

- de la nature du toxique.
Toxique *fonctionnel* (psychotropes, cardiotropes) ou *lésionnel* (paracétamol).
- de la dose ou de la durée d'exposition,
- de la voie de pénétration,
- de la cinétique du toxique.

Le pronostic d'une intoxication dépend : (4)

- des caractéristiques du produit en cause ;
- de la dose supposée ingérée (DSI)
- de la formulation (libération prolongée) LP
- du terrain (âge)
- du délai entre l'ingestion et l'admission
- de l'apparition retardée des symptômes (l'absence totale de symptômes dans les heures suivant l'ingestion ne préjuge en rien de la bénignité ou de la gravité de l'intoxication).

3. Patient asymptomatique

Les signes cliniques à rechercher par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO).

Pour affirmer l'absence de symptômes : (5)

Interrogatoire+++ (Âge, toxique incriminé, heure de prise, DSI, poids).

- Patient conscient, cohérent, sans déficit neurologique.
- Pas de cyanose ni marbrure.
- Apyrexie.
- Pas de signes d'appel abdominal (pas de nausées, vomissement ou douleur abdominale).
- Noter la fréquence cardiaque, TAS, pouls : normaux.
- ECG normal.
- Auscultation normale (Médecin d'accueil).

Les signes cliniques pertinents à rechercher pendant la surveillance clinique :

- Recherche de signes neurologiques (céphalée, bourdonnements d'oreilles).
- Recherche de signes cardiaques : tachycardie, pour certains toxiques, des données para-cliniques sont de bons marqueurs de gravité : bloc intra-ventriculaire (stabilisants de membrane, chloroquine), bloc auriculo-ventriculaire.
- Recherche de signes abdominaux (douleur, nausées, vomissements, diarrhée,...).
- Recherche de signes cutanés (érythème, coloration).
- Odeur de l'haleine (alcools).

4. Orientation et modalités de surveillance pour certains toxiques (liste non exhaustive) (6)

Plusieurs toxiques sont présentés en fonction de classes (médicamenteuses, produits ayant un effet stabilisant de membrane (ESM), champignons, certains alcools, acide fluorhydrique).

Ces produits ont la propriété d'avoir un intervalle libre plus ou moins long justifiant une prise en charge ciblée, une orientation et surveillance et traitement adapté.

Ceci est consigné dans un tableau (voir page suivante).

5. Conclusion

Si la personne intoxiquée est encore asymptomatique, à l'accueil, il est primordial de faire un interrogatoire rapide afin de connaître la nature du toxique, la DSI, et **l'heure de prise** :

- appel au CAP-TV pour identifier la toxicité du produit, la cinétique, le délai de survenue de complications, les indications de décontamination, le plus souvent digestive qui peuvent s'imposer d'emblée si un patient est vu dans l'heure après la prise du toxique aux urgences.

La méconnaissance de la notion d'intervalle libre en toxicologie d'urgence entraîne des défauts de surveillance et de retards de traitement qui peuvent être à l'origine de séquelles irréversibles, voire de décès.

Chaque intoxication justifie une prise en charge spécifique, tenant compte du toxique, de l'intoxiqué et de la gravité. Dans la plupart des cas, seul un traitement symptomatique et/ou une surveillance sont indiqués, mais le risque est de sous-estimer ou de méconnaître une intoxication grave imposant un traitement spécifique.

Toxique	Dose toxique (DT)	Risques principaux	Signes cliniques	Modalités de surveillance
Paracétamol	Adulte : 125 mg/kg Enfant : > 250 mg/kg chez nourrisson et moins de 6 ans (en bon état général)	Hépatite cytolytique Coma hépatique en 3-5 j Décès possible	Troubles digestifs retardés de 12 à 24 h ; Aggravation de la toxicité par la consommation chronique d'alcool et des inducteurs enzymatiques.	Risque de toxicité hépatique est évaluée en fonction de la paracétamolémie à la (4 ^e heure) si heure d'ingestion est connue ; Si non, faire 2 dosages à 4 heures d'intervalles Antidote (NAC) = N-acétylcystéine
Salicylés	Adulte : 10 g Enfant : 100 mg/kg	Enfant : Coma, acidoses métabolique Adulte : Troubles de la conscience détresse respiratoire Acidose métabolique	Troubles neurosensoriels (céphalée, bourdonnements d'oreilles, vertiges) Hyperpnée, troubles digestifs, hyperthermie Hypokaliémie, hypernatrémie Déshydratation intra et extracellulaire Alcalose respiratoire puis acidose mixte	Réhydratation dès l'admission Alcalinisation des urines (bicarbonates) Charbon activé si vu dans l'heure
Antiépresseurs tricycliques (AD3C)	Adulte : 500 mg Enfant : 5 mg/kg	Troubles cardio-vasculaires graves (de la conduction, excitabilité) Convulsions Coma	Délai d'apparition des signes de 1 à 6 h Signes anticholinergiques QRS > 160 msec (ECG) : le risque de convulsions et troubles du rythme cardiaque est majeur ASP : Anafretil 75 est radio opaque++	Charbon activé si vu dans l'heure +/- lavage gastrique Surveillance en USJ, scope Sels de sodium molaires++ (trouble de la conduction)
Carbamates (médicamenteux)	Adulte : 4 g Enfant : 50 mg/kg	Coma Choc vasoplégique et /ou cardiogénique	Évolution triphasique, coma, réveil, reprise du coma) du à la présence congglomérats intra gastriques	Lavage gastrique, charbon activé dans l'heure
Benzodiazépines	Appel CAP-TV pour DT DT = Dose toxique	Dépression respiratoire et du Système nerveux central	Surveillance paramètres respiratoires et neurologiques	Antidote = Flumazenil

Toxique	Dose toxique (DT)	Risques principaux	Signes cliniques	Modalités de surveillance
Bétabloquants	Appel CAP-TV pour DT	Dépression respiratoire, convulsions, collapsus cardio-vasculaire	Signes digestifs (20 min à 2 h après ingestion) Signes cardiaques : bradycardie Signes respiratoires : bronchospasme Signes neurologiques : confusion, coma	Charbon activé dans l'heure Traitement symptomatique Glucagon
Carbamazépine	Adulte : 3 g Enfant : 30 mg/kg	Convulsions Troubles de la conduction	Excitation du SNC : agitation, confusion Dépression respiratoire troubles de la conduction	Charbon activé si vu dans l'heure Sels de sodium molaire
Phénytoïne	Adulte : 1 g Enfant : 10 mg/kg	Convulsions coma	Pic plasmatique (surdosage) : 24-48 h Signes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée) Troubles neurologiques (vertiges...)	Charbon activé si vu dans l'heure Sels de sodium molaire
Dextropropoxyphène (Association fréquente avec le paracétamol)	Adulte : 500 mg Enfant : 5 mg/kg	Dépression respiratoire, coma convulsif Cardiotoxicité (ESM)	Pic plasmatique : 1-2 h Dépression respiratoire ECG : élargissement du QRS hypoglycémie	Charbon activé si vu dans l'heure Troubles de la conduction = sels de sodium molaire Antidote = Naloxone
Chloroquine	Adulte : 2 g Enfant : 25 mg/kg	Arrêt cardio-respiratoire fréquent dans les 6 h, à redouter pendant 24 h	Pronostic : DSJ, TAS, taille du QRS, trouble du rythme Signes précoces neurosensoriels et digestifs Signes cardiaques	Symptomatique Sels de sodium molaire
Quinine	Adulte : 3-4 g Enfant : 50 mg/kg	Ataxie, convulsion, arrêt respiratoire	Signes précoces neurosensoriels et digestifs Troubles de la vision dans 10 h après l'ingestion Troubles cardiaques dans les 8 h suivant l'ingestion et peuvent être retardés 25 h après.	Taux toxique > 10 mg/l

Toxique	Dose toxique (DT)	Risques principaux	Signes cliniques	Modalités de surveillance
Body-packer (Porteur intra digestif de Cocaine)		Ischémie myocardique, trouble du rythme, AVC Troubles respiratoires, convulsions	Syndrome « du body packer » → rupture d'enveloppes dans le tube digestif	ASP : repérer les sachets de drogues Détection urinaire Laxatifs doux si résistance sinon voie chirurgicale si risque de rupture
Amanite phalloïde (Août à fin septembre)	Identification à partir de caractères morphologiques précis	Délai d'incubation = élément clé du diagnostic	Phase d'incubation : 6 à 48 h Phase d'agression : gastroentérite aiguë brutale Phase d'état : – hépatite cytolytique – insuffisance rénale aiguë	Hospitalisation systématique et précoce si suspicion d'intoxication. Lavage gastrique si vu précocement Réhydratation massive, respecter la diarrhée
Datura stramonium (solanacées)	Enfant : 2 à 5 baies	Agitation aiguë, convulsions Dépression respiratoire	Délai d'apparition symptômes : 20 mn (infusion) à 6 h Syndrome anti cholinergique : Confusion, hallucinations, dépression	Surveillance neurologique et cardiaque Traitement symptomatique
Laurier rose (Nerium oleander L. Heterosides (oléandrine) est proche de la digitale Apocynacées	Adulte : 10 à 20 feuilles ou fleurs Enfant : 2 à 3 feuilles ou fleurs	Troubles neurosensoriels, digestifs et cardiaques	Apparition des symptômes dans les 2 h Digestifs : gastroentérite Neurologiques : céphalée, faiblesse musculaire, troubles visuels, mydriase Cardiaques : tachycardie, troubles de la conduction	Hyperkaliémie ECG
Ethylène glycol (antigels ou liquide de refroidissements d'automobile)		Coma Acidose métabolique Insuffisance rénale aiguë dès la 12 ^e heure	Signes cliniques retardés (4 à 12 h) Digestifs, neurologiques, respiratoires (dyspnée liée à l'acidose) insuffisance cardio-respiratoire	Acidose métabolique Trou osmolaire et trou anionique augmentés Antidote = Ethanol ou fomepizole Selon le cas hémodialyse

Toxique	Dose toxique (DT)	Risques principaux	Signes cliniques	Modalités de surveillance
Méthanol (Alcool à brûler français : < 10 %)		Coma Acidose métabolique Toxicité rétinienne	Signes cliniques retardés (12 à 24H) Digestifs, neurologiques, respiratoires (dyspnée liée à l'acidose), Troubles oculaires++ Aucune relation entre méthanolémie et gravité des symptômes observés	Acidose métabolique Trou osmolaire et trou anionique augmentés Antidote = Ethanol ou foméprozole Selon le cas hémodialyse
Les (Anticoagulants) raticides, rodenticides++	Enfant : Moins de 3 poignées : abstention thérapeutique	Produits faiblement dosés en AVK Dérives de la coumarine, de l'indane dione Hémorragie	Hémorragie 24 à 48 h après l'absorption Plus de 3 poignées : TP à 36-48 h,	TP à l'entrée, J1 J2 Vitamine K1 fonction du TP
Acide fluorhydrique (voie cutanée)++	Appel CAP-TV pour composition exacte du toxique++ Plus le produit est dilué, plus les symptômes sont retardés	Nécrose osseuse retardée (destruction tissulaire puis osseuse)	Projection cutanée : symptomatologie retardée et évolutive malgré un aspect bénin initial d'érythème cutané	Lavage à l'eau pendant 15 mn Pansement au gluconate de calcium (antidote) Radiographie osseuse 24 à 72 h après

Références bibliographiques

1. Saviuc O, Hanna J, Danel V. Épidémiologie des intoxications : plus de 2 000 décès par an. Rev Prat Med Gen 1999 ; 13 : 2054-7.
2. Adnet F, Atout S, Galinski M, Lapostolle F. Évolution des intoxications médicamenteuses volontaires en France. Réanimation 2005 ; 14 : 721-6.
3. Conférence d'experts de la société de réanimation en langue française, Réanimation 2006.
4. Bismuth C. Toxicologie Clinique, 5^e édition.
5. Megarbane B, Baud F. Principales Intoxications Aiguës, La revue du praticien 2006 ; 14 : 1603-13.
6. Villa A, Baud F, Megarbane B, Lapostolle F, Garnier R, Bismuth C. Intoxication les plus fréquentes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Médecine d'urgence, 25-030-A-10, 2007.

