

Une intoxication volontaire bien réfléchie

Dr Cécile DENIEL
BMPM



De garde au SAU, 05h30

- ◆ Appel de l'infirmière:
 - ◆ Encore une intoxication médicamenteuse amenée par les pompiers
 - ◆ « il est pas trop mal »

Relève VSAV

- ◆ Masculin 25ans
- ◆ Conscient, bonnes constantes
- ◆ Pas d'antécédent notable
- ◆ A pris de l'alcool, du seresta et un « cocktail avec de la poudre à fourmis » vers 00h
- ◆ Diarrhée + douleurs abdominales

A l'admission au SAU

- ◆ Conscient, anxieux, en sueur
- ◆ Confirme l'ingestion d'une poudre anti-fourmis
- ◆ PAS: 105/60, pls 85bpm, 95%aa, FR 22, apyrétique
- ◆ Plainte principale:
 - ◆ Douleur abdominale diffuse + diarrhée
- ◆ Après interrogatoire ciblé:
 - ◆ Dyspnée

A l'admission au SAU

- ◆ Pupilles symétriques intermédiaires, peu réactives
- ◆ Ronchi et sibilants bilatéraux
- ◆ Abdomen sensible dans son ensemble
- ◆ Pas d'autre anomalie clinique

Tableau d'intoxication aux anticholinestérasiques

Traitement initial

- ◆ Atropinisation:
 - ◆ 1mg IM puis 2mg/5mn IV: 17mg au total
 - ◆ Maintenu jusqu'à
 - ◆ Amendement des signes digestifs
 - ◆ Amélioration respiratoire
 - ◆ Sensation de bouche sèche
- ◆ O₂ + aerosol β 2 mimétiques

Traitement initial

- ◆ Appel CAP pour discuter:
 - ◆ Intérêt du Contrathion
 - ◆ Insecticide en cause pas connu précisément
 - ◆ Ingéré vers 00h
 - ➔ oui, principe de précaution, pas d'effet secondaire
 - ◆ Nécessité d'ajouter des BZD au Seresta déjà ingéré
 - ➔ non, pas de signe neuro, quantité prise non négligeable

Evolution à H+ 1

- ◆ Patient stable,
- ◆ Bilan bio sans particularité
- ◆ Ecg N
- ◆ Appel réanimateur de garde (interne):
 - ◆ Pas coutumier de ce genre de cas
 - ◆ Ok avec prise en charge
 - ◆ Poursuite surveillance

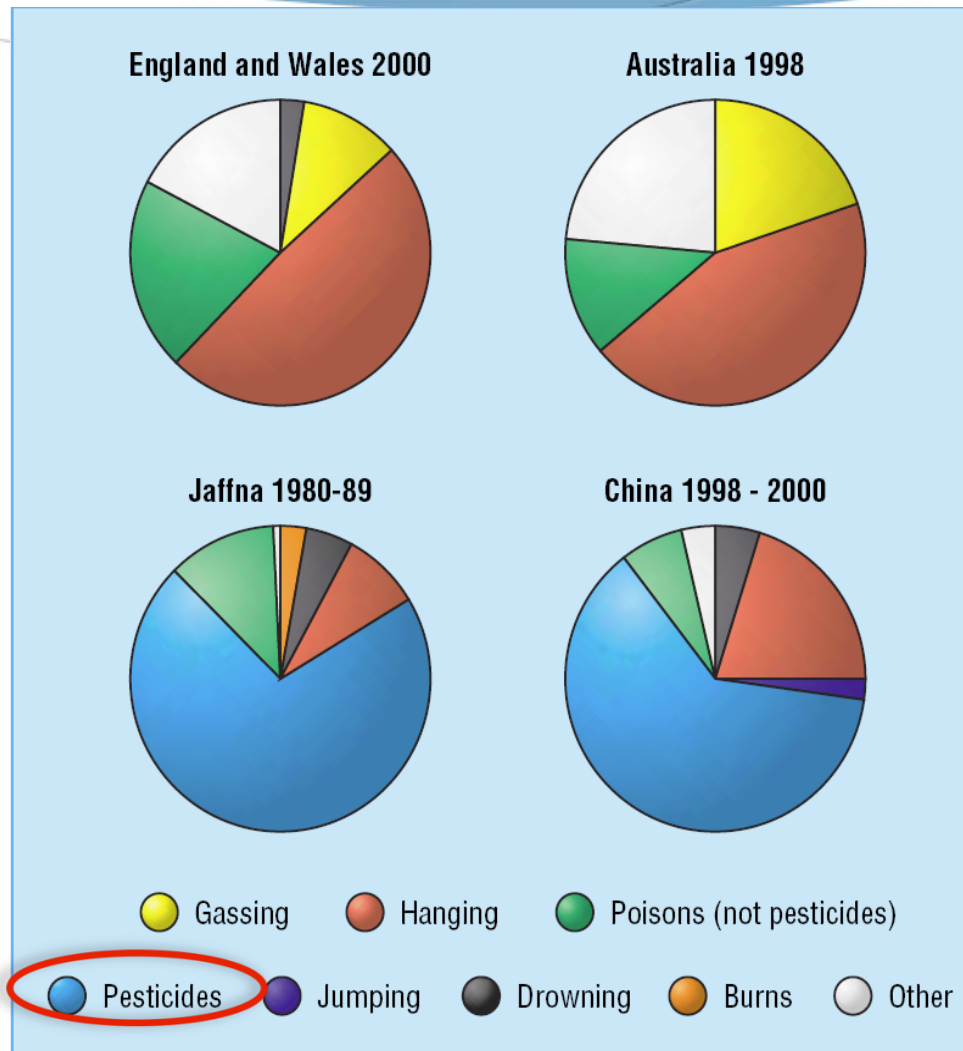
Evolution H+2

- ◆ 7h30, retour des réanimateurs interne + senior:
 - ◆ Décision de surveillance en réa « de principe »
 - ◆ Toxique pas connu précisément, dans l'hypothèse d'un organophosphoré
 - ◆ Reprise de l'atropinisation en continu
 - ◆ Poursuite du Contrathion

Evolution

- ◆ Après quelques heures:
 - ◆ Agitation gênant les soins
 - ◆ Introduction de Nozinan
 - ◆ Puis rétention aiguë d'urine
 - ◆ échec du sondage urinaire: pose d'un cathéter sus-pubien
- ➔ Effets secondaires de l'atropinisation
- ➔ Sortie à J3

Les intoxications aux pesticides



Classification OMS

- 15 principes chimiques

AS Arsenic compound

BP Bipyridylum derivative

C Carbamate

CO Coumarin derivative

CU Copper compound

HG Mercury compound

NP Nitrophenol derivative

OC Organochlorine compound

OP Organophosphorus compound

OT Organotin compound

PAA Phenoxyacetic acid derivative

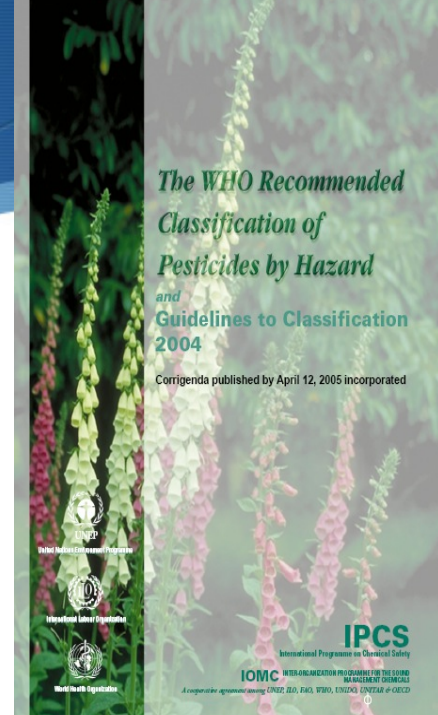
PZ Pyrazole

PY Pyrethroid

T Triazine derivative

TC Thiocarbamate

- Des centaines de formes commerciales



Principales familles d'insecticides commercialisées en France

- ◆ Organophosphorés
- ◆ Carbamates
- ◆ Pyréthriinoïdes de synthèse
- ◆ Fipronil et Imidaclopride

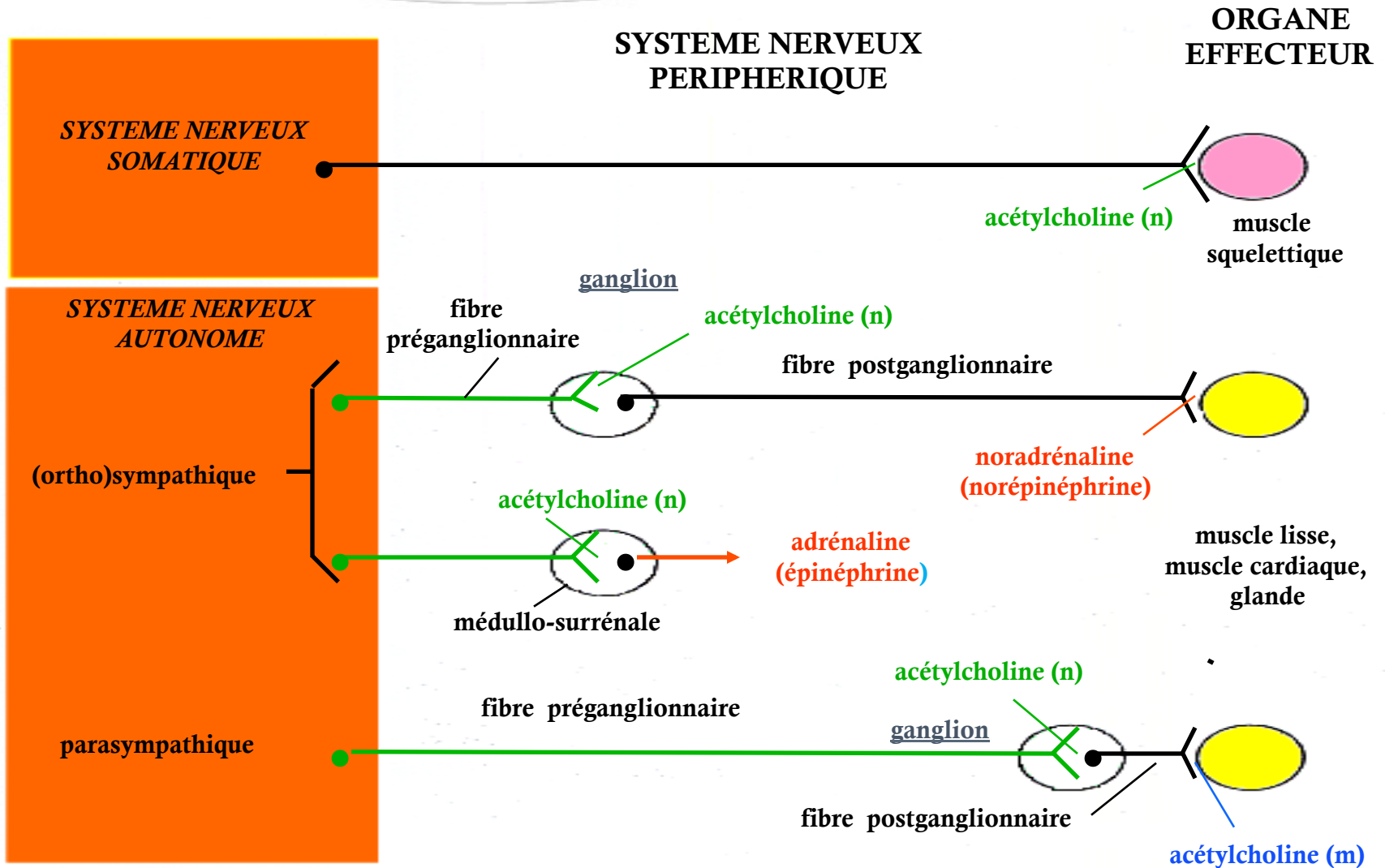


Anticholinestérasiques

Anticholinestérasiques: Physiopathologie

- ◆ Inhibition des estérases:
 - ◆ Butyrylcholinestérase plasmatique
 - ◆ Acétylcholinestérase synaptique
- ◆ Stimulation excessive des récepteurs à l'acétylcholine
 - ◆ Muscariniques
 - ◆ Nicotiniques

Crise cholinergique



Crise cholinergique

- ◆ Syndrome muscarinique (parasymphathique):
 - ◆ Bronchospasme
 - ◆ Hypersécration
 - ◆ Diarrhées, vomissements, douleurs abdominale
 - ◆ Bradycardie, hypoTA
- ◆ Syndrome nicotinique (sympathique):
 - ◆ Tachycardie, HTA
- ◆ Jonction neuromusculaire: fasciculations, crampes
- ◆ SNC: agitation, convulsions, coma

Différence OP/ carbamates

- ◆ Organophosphorés:

- ◆ « aging » : liaison OP/AchE irréversible

- ◆ Carbamates:

- ◆ Hydrolyse après quelques heures de la liaison C/AchE
- ◆ Symptomatologie « temporaire » 12 à 24h

Intoxication aux anticholinestérasiques: traitement symptomatique

- ◆ Surveillance scopée
- ◆ O2 thérapie
- ◆ Remplissage +/- amines
- ◆ BZD pour ttt/prévention des convulsions
- ◆ ISR+IOT si coma
- ◆ Lavage gastrique si <1h, après IOT

Intoxication aux anticholinestérasiques: traitement spécifique

- ◆ Atropine:
 - ◆ Antagoniste compétitif de l'Ach
 - ◆ Uniquement sur les récepteurs muscariniques
 - ◆ Par bolus de 2mg IV toutes les 5 à 10mn
 - ◆ Objectif:
 - ◆ diminution des sécrétions, disparition des signes digestifs, mydriase
- ◆ Si intox sévère aux OP: intérêt d'une atropinisation continue (0,02 à 0,08 mg/kg/h)

Intoxication aux anticholinestérasiques: traitement spécifique

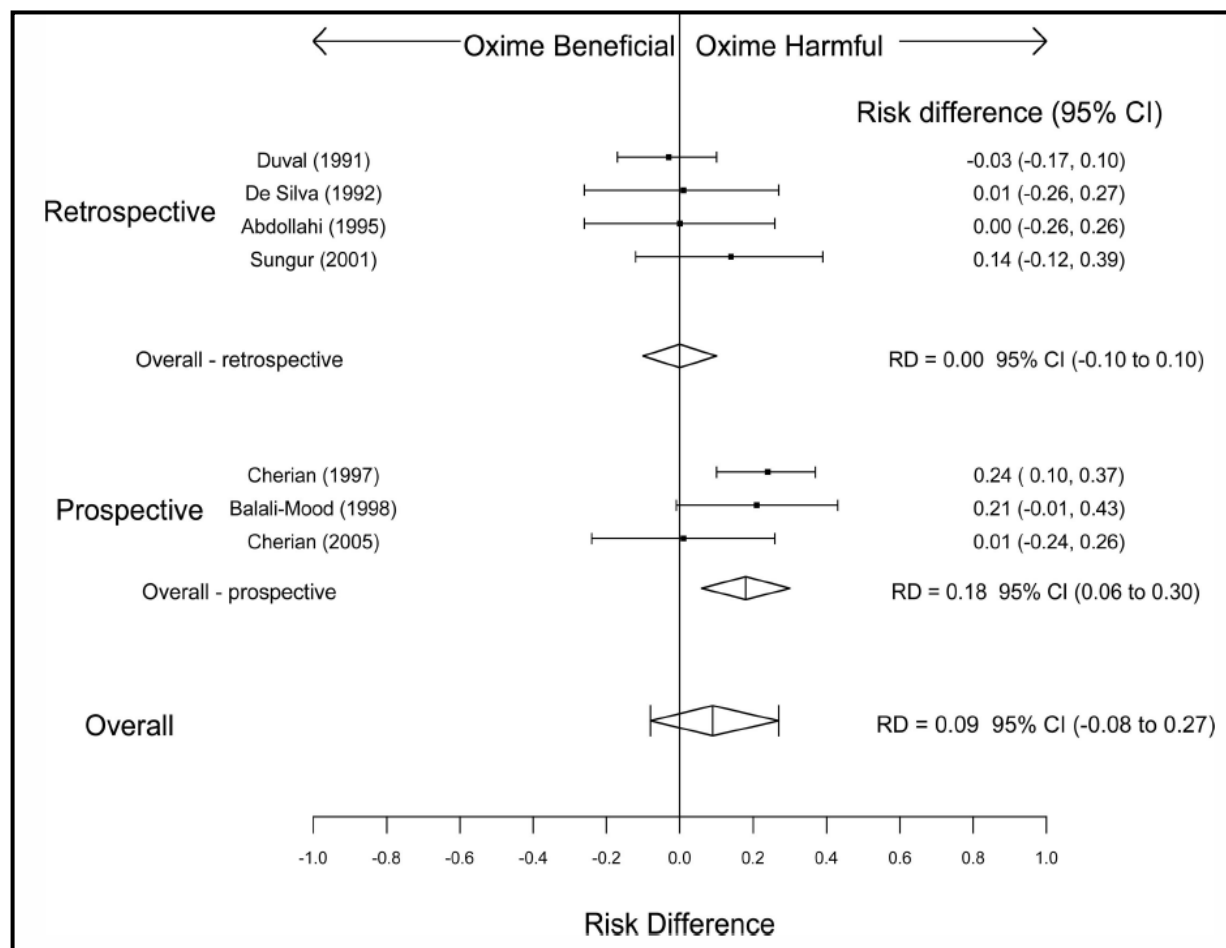
- ◆ Pralidoxime (Contrathion®)
 - ◆ Hydrolyse la liaison avec l'AchE
 - ◆ Action synergique de l'atropine
 - ◆ Inefficace si trop tardif (aging)

- ◆ Posologie
 - ◆ 30mg/kg sur 20mn
 - ◆ Puis 8 mg/kg/h

Evaluation of antidote for poisoning by organophosphorus pesticides. *Emergency medicine* 2000

Oxime therapy and outcomes in human organophosphate poisoning: An evaluation using meta-analytic techniques

Crit Care Med 2006 Vol. 34, No. 2



Oximes: la controverse

- ◆ Tout de même recommandé par l'OMS car limiterait le recours à la VM ou sa durée
- ◆ En pratique, recommandé sur:
 - ◆ Une intoxication aux organophosphorés
 - ◆ Une intoxication aux carbamates réfractaire à l'atropine
 - ◆ Une intoxication aux aux anticholinestérasiques dont la formulation demeurent inconnue

Rosman Y et al. *Am J Emerg Med* 2009;27(9):1117-24.
Kurtz PH. *Am J Emerg Med* 1990; 8(1):68-70.



Merci de votre attention