

Intoxication à la chloroquine

Cette intoxication gravissime était devenue une rareté, mais le professeur Raoult l'a remise au goût du jour en déclenchant une hyper-médiatisation de la chloroquine.

La **CHLOROQUINE**, vendue sous le nom de Nivaquine, est principalement un antipaludéen, aussi utilisée dans le contrôle des maladies auto immunes.

L'HYDROXYCHLOROQUINE – Plaquenil, a le même mécanisme d'action, et est un peu moins puissante.



En cas de surdosage elle possède un effet stabilisant de membrane avec une toxicité cardiaque majeure. La marge thérapeutique est étroite. Chez l'adulte, des décès ont été recensés dès l'ingestion de 2 grammes de CHLOROQUINE et 10 grammes d'HYDROXYCHLOROQUINE, et chez l'enfant dès 300mg.

La concentration maximale plasmatique est atteinte en 3 heures environ. Les symptômes peuvent apparaître dès la première heure souvent brutalement. Donc attention la présentation initiale est trompeuse !

La **toxicité est cardiaque**, les symptômes peuvent être variés, causés par le bas débit (malaise, céphalée, agitation, convulsion, nausée, vertiges, troubles visuels ...). La défaillance vitale sera hémodynamique, une hypotension puis un arrêt cardio respiratoire. L'ECG montrera un aplatissement des ondes T, un élargissement du QRS, un allongement du QT, puis TV, FV, torsades de pointe.

Attention : les signes ECG précèdent les troubles hémodynamiques graves

La prise en charge se basera donc sur la dose supposée ingérée et l'ECG.

Les critères de gravité sont : prise > 3 grammes et QRS > 100 ms (+/- PAS < 100mmHg – mais si ton patient est en état de choc tu sais qu'il est grave...)

Quoiqu'il en soit, TOUJOURS préparer de quoi réagir :

- IOT d'emblée si trouble de la vigilance ou défaillance hémodynamique
- remplissage vasculaire modéré
- ADRENALINE IVSE, selon la tension
- DIAZEPAM 2 mg/kg en 30 minutes puis 2 à 4 mg/kg/24h en sédation
- si QRS > 120 ms ou TDR ventriculaire : BICARBONATE DE SODIUM 4,2% : 250mL sur 20 minutes
- si torsade de pointe ou hypokaliémie : SULFATE DE MAGNESIUM 2g en bolus puis 1 à 2 g/h IVSE

*/!\ **Hypokaliémie de transfert**, donc ne pas trop supplémenter au risque d'une hyperkaliémie secondaire grave.*

Transfert en réanimation. Décontamination digestive et EER inutiles. ECMO si choc réfractaire.

Demi vie de la chloroquine : 24 heures. Elimination lente.

La prise en charge d'une intoxication à la Chloroquine jugée bénigne n'est pas évidente. Surveillance scopée et médicalisation (si prise en charge pré hospitalière) ne sont pas une option.

Peut être discutée l'administration de DIAZEPAM, attention cependant aux effets dépresseurs respiratoires chez un patient non intubé.

Marion