



POINT DE COURS : Prise en charge d'une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV)

Motif fréquent d'admission aux urgences, les intoxications médicamenteuses doivent être maîtrisées sur le bout des doigts. Nous vous proposons ici des principes généraux de prise en charge ainsi que quelques focus sur des intoxications spécifiques.

Principes généraux

La prise en charge d'une IMV médicamenteuse dépend de plusieurs facteurs : **l'état clinico-biologique du patient**, la **nature de la molécule** ingérée et son **potentiel toxique**, **l'heure de l'exposition** présumée, la **dose** ingérée, l'existence d'un **antidote**.

A l'arrivée aux urgences :

Lavage gastrique : non systématique, bas niveau de preuve

A discuter si délai d'ingestion < 1h d'une substance non carbo-adsorbable et absence de contre-indication (produit moussant ou corrosif, trouble de conscience, risque d'hémorragie digestive)

Risque de perforation digestive, pneumopathie d'inhalation, pneumothorax, hypothermie, œdème pulmonaire, ...

Charbon activé : non systématique

Discuter l'administration d'une dose unique si délai d'ingestion < 1h d'une substance carbo-adsorbable (lithium, ...) et absence de contre-indication (trouble de conscience).

Clinique : identification du toxidrome ++

⇒ **Si signes de défaillance d'organe ou hémodynamique :**

- SAUV ou réanimation
- Administration de l'antidote si existant
- Surveillance scopée
- Voie Veineuse Périphérique (VVP) +/- Voie Veineuse Centrale (VVC) +/- KT artériel
- Bilan sanguin avec dosages plasmatiques et recherche toxiques si besoin
- Intubation orotrachéale (IOT) si défaillance neurologique persistante
- Si état de choc : remplissage +/- amines

⇒ **Si absence de signe de défaillance d'organe ou hémodynamique :**

- Surveillance en salle à adapter au pic plasmatique du produit
- Administration de l'antidote si existant
- +/- surveillance scopée si risque d'effet toxique retardé
- +/- bilan sanguin avec dosage plasmatique du toxique si besoin
- +/- dosage urinaire de toxiques

Le bilan sanguin est réalisé au cas par cas. De même, le screening systématique des toxiques (sanguin, urinaire) est peu pertinent et ses résultats ne doivent pas se substituer au toxidrome observé. Celui-ci peut cependant être une aide en cas de difficulté diagnostique ou défaillance multi-viscérale inexplicée.

Critères d'admission en réanimation :

- Défaillance d'organe
- Potentiel toxique : substance connue pour provoquer une défaillance d'organe (neurologique, respiratoire, ...), lorsque l'on se situe dans un délai inférieur à 6h de l'exposition supposée sauf si forme LP (libération prolongée)
- Substance cardiotoxique avec signe objectif anormal (clinique, ECG, biologie)

Critères de maintien à domicile :

- Toxique bien identifié avec demi-vie courte ne provoquant pas d'atteinte grave ou lésionnelle
- Patient asymptomatique avec constantes normales
- Absence d'intentionnalité suicidaire

Avis Centre Anti-Poison (CAP) si besoin.

Quelques intoxications spécifiques

Opioides

Présentation clinique : coma calme, myosis serré bilatéral, bradypnée, bradycardie, hypotension, arrêt cardiorespiratoire (ACR)

Orientation : SAUV ou réanimation

Bilan biologique :

- Bilan standard avec CPK
- Gaz du sang, lactate
- +/- toxiques urinaires

A l'ECG : bradycardie sinusale

Traitement :

- **Symptomatique :**
 - Surveillance scopée, VVP, O2
 - +/- Remplissage IV NaCl 0.9%
 - +/- IOT
- **Spécifique :**
 - Naloxone 1 ampoule diluée dans 10ml pour solution à 0.04mg (0.4µg)/ml, avec administration de 1ml toutes les 60sec pour FR>15 puis relai IVSE avec dose horaire égale à la demi-dose ou 2/3 de dose de titration

Psychotropes

Benzodiazépines

Présentation clinique : hypotonie, hyporéflexie (syndrome de myorelaxation), troubles de conscience, détresse respiratoire, ACR

Orientation : salle ou SAUV selon gravité

Bilan biologique (selon présentation clinique) :

- Bilan standard avec CPK (possible fausse hyperchlorémie)
- +/- gaz du sang
- +/- radio thorax (pneumopathie d'inhalation)

Pas de recherche urinaire de benzodiazépines (inutile car qualitatif et non quantitatif)

A l'ECG : doit être normal, sinon rechercher co-intoxication

Traitement :

- **Symptomatique :**
 - Surveillance scopée +/- VVP +/- O2
 - +/- Remplissage IV NaCl 0.9%
 - +/- réchauffement externe
- **Spécifique :**
 - Flumazenil (Anexate) : 0.2mg IVD à renouveler toutes les 60sec sans dépasser 2mg au total, puis une fois le réveil obtenu IVSE 0.2 à 0.8mg/h
 - Indiqué si coma et/ou détresse respiratoire aigue
 - Contre-indiqué si ingestion de médicaments pro-convulsivants (antidépresseurs ++), ECG anormal, hémodynamique instable

IOT si troubles de conscience dans un contexte de polyintoxication contre indiquant le flumazenil ou si détresse respiratoire.

Antidépresseurs

Présentation clinique :

- IRS (syndrome sérotoninergique) : agitation, confusion, délire, manie, tremblements, sueurs, frissons, myoclonies, mydriase, hyperthermie
- Polycycliques (syndrome anticholinergique +/- sérotoninergique) : confusion, hallucinations, tremblements, hypertonie pyramidale des quatre membres, sécheresse des muqueuses, rétention aiguë d'urines (RAU), mydriase bilatérale, convulsions, coma (encéphalopathie anticholinergique)

Orientation : SAUV

Bilan biologique :

- Bilan standard avec CPK et bilan d'hémostase + fibrinogène (recherche CIVD)
- Gaz du sang, lactate

A l'ECG, rechercher : tachycardie, allongement du QT, QRS larges, axe dévié, syndrome de Brugada (polycycliques)

Traitement :

• **Symptomatique :**

- Surveillance scopée +/- VVP
- Surveillance ECG
- +/- Remplissage IV NaCl 0.9%
- +/- refroidissement externe

• **Spécifique :**

- Troubles du rythme : Bicarbonate molaire (8.4%) + 2g KCl : 250ml en 20min à renouveler une fois si besoin. Si échec : amines

Neuroleptiques

Présentation clinique : dysautonomie, dyskinésie, syndrome extrapyramidal, hyperthermie maligne, trouble de la conscience

Orientation : SAUV ou réanimation

A l'ECG, rechercher : QT allongé, effet stabilisateur de membrane, torsade de pointe, arythmie ventriculaire

Bilan biologique :

- Bilan standard avec magnésémie et CPK, glycémie

- Gaz du sang

Traitement :

- **Symptomatique**

- Remplissage (cristalloïdes)
- Surveillance diurèse
- +/- IOT

- **Spécifique**

- Collapsus : bicarbonate molaire (8.4%) + 2g KCl : 250ml en 20min à renouveler une fois si besoin. Si échec : noradrénaline voire ECMO
- Torsade de pointe : magnésium 3g IVL
- Syndrome extrapyramidal : Tropatepine (Lepticur) 10mg IVL 2x/j ou Diazepam 10mg IM
- Hyperthermie maligne : remplissage + refroidissement externe +/- dantrolène 1mg/kg

Lithium (Theralite)

Présentation clinique : tremblements, dysarthrie, agitation, diarrhée, myoclonies, convulsion, coma

Orientation : SAUV ou réanimation

Différencier l'intoxication du sujet déjà traité ou non ++

A l'ECG, rechercher : Bradycardie, ondes T Plates, bloc atrioventriculaire (BAV), QRS large, QT allongé

Bilan biologique :

- Bilan standard avec ionogramme sanguin, créatininémie, calcémie ++
- Glycémie
- Dosage sanguin (lithiémie plasmatique et intra érythrocytaire)
- Gaz du sang

EEG d'indication large sur suspicion d'état de mal épileptique (EME)

Traitement : symptomatique

- Remplissage intensif (cristalloïdes) 2 à 3L
- Surveillance diurèse
- BZD IV si convulsions
- EER recommandée si insuffisance rénale ou lithiémie supérieure 4mmol/L ou 2mmol/L avec signes neurologiques

Paracétamol

Présentation clinique : généralement asymptomatique, parfois troubles de conscience ou ictère (tardif)

Orientation : *salle ou SAUV*

Risque hépatique de 100% si ingestion > 300mg/kg

A l'ECG, rechercher : signes de péricardite, troubles de conduction

Bilan biologique :

- Bilan standard avec BHC, TP/TCA, glycémie
- Dosage sanguin (paracétamolémie) à 4h de l'ingestion
- Gaz du sang, lactate

Imagerie : échographie hépatique si bilan perturbé

Traitement :

- **Symptomatique**
 - Réhydratation IV NaCl 0.9%
- **Spécifique** :
 - N-Acetylcystéine (Mucomyst) : si paracétamolémie >150mg/L à H4, délai de prise inconnu, trouble de la conscience ou prise répétées à dose supratherapeutique

Se référer au nomogramme de Rumack et Matthew

Beta-bloquants

Présentation clinique : bradycardie, convulsions

Orientation : *SAUV*

A l'ECG : bradycardie

Bilan biologique :

- Bilan standard, glycémie
- Gaz du sang, lactate

Traitement :

- **Symptomatique** :
 - Remplissage IV NaCl 0.9%

- +/- IOT
- **Spécifique :**
 - Bradycardie : Atropine 1mg IVD, max 3mg au total pour FC>60. Si échec : Isuprel IVSE
 - Collapsus : Glucagon 5mg IVL à renouveler une fois puis relai IVSE +/- dobutamine IVSE. Si échec : adrénaline IVSE 0.5mg/h jusqu'à 10mg/h +/- ECMO
 - Si intoxication par propranolol : Intralipid 20% en bolus de 1.5ml/kg IVL puis relai IVSE 0.25ml/kg/min

Digoxine

Présentation clinique : choc cardiogénique, risque d'infarctus mésentérique

Orientation : SAUV, réanimation

A l'ECG, rechercher : bradycardie, signes d'hyperkaliémie, bloc atrioventriculaire (BAV), tachycardie ventriculaire (TV), fibrillation ventriculaire (FV)

Bilan biologique :

- Bilan standard avec BHC, TP/TCA, glycémie
- Dosage plasmatique (intoxication : concentration supérieure à 2.6 nmol/L)
- Gaz du sang, lactate

Traitement :

- Bradycardie : atropine 1mg IVD à renouveler
- Neutralisation par Digibind (Fragments Fab d'anticorps anti-digoxine), posologie à adapter à la dose supposée ingérée (DSI)
- Entraînement électrosystolique externe

Références :

- SFMU (RFE 2020) : Prise en charge des intoxications médicamenteuses et par drogues récréatives
- SRLF : Intoxications graves par médicament et substances illicites en réanimation (Bruno Megarbane)
- CeMIR : Intoxications par psychotropes
- URG' de garde 2022

