

Évaluation et pronostic de l'intoxication grave en réanimation

Assessment and prognosis of severe poisoning in the ICU

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP262

Prescription et impact des examens biologiques courants chez les patients intoxiqués :

étude prospective observationnelle « ExCoTox »

J.-C. Callahan¹, J. Choukroun², T. Reydel³, M. Breteau⁴, A. Mercat⁵, N. Lerolle⁵

¹Service de réanimation médico-chirurgicale, centre hospitalier du Mans, Le Mans, France

²Service d'accueil des urgences, centre hospitalier du Mans, Le Mans, France

³Département de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

⁴Centre antipoison, CHU d'Angers, Angers, France

⁵Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

Introduction : L'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) est un motif de recours fréquent dans les services d'urgence et de réanimation. Il n'existe pas de recommandation quant à la réalisation d'examen biologiques courants (hors examens de toxicologie), radiologiques et de l'ECG lors de l'évaluation initiale de la gravité de ces patients. Nous avons réalisé une étude de pratiques, prospective et bicentrique (service de réanimation médicale du CHU d'Angers, service des urgences du CH du Mans) dont l'objet est une meilleure connaissance des pratiques de prescription d'examen complémentaires (courants et toxicologiques) dans cette population.

Patients et méthodes : Pendant une période de trois mois, chaque patient majeur admis pour intoxication médicamenteuse volontaire a été évalué pour inclusion. Les patients présentant une forme d'intoxication cliniquement grave d'emblée (GCS < 8, SpO₂ < 90 % en air ambiant, PAS < 90 mmHg, fréquence respiratoire < 8 ou > 30/minute) ont été exclus. À l'admission, ont été recueillies les données démographiques de chaque patient, la classe de(s) toxique(s) supposé(s) ingéré(s), l'examen clinique d'entrée, ainsi que les examens complémentaires prescrits et les éventuelles anomalies de ces examens. À l'issue des 72 heures de l'évaluation initiale étaient recueillies les données sur un éventuel transfert vers un service de réanimation/soins continus et les thérapeutiques utilisées. Une analyse descriptive et médicoéconomique des données, ainsi qu'une analyse uni- et multivariée des facteurs pouvant influencer la prescription d'examen complémentaires ont été réalisées.

Résultats : Trois cents patients ont été inclus, dont 69 % de sexe féminin. L'âge moyen était de 39 ± 14 ans. La majorité des patients ont ingéré un ou deux toxiques ; dans 70 % des cas était présent une benzodiazépine, dans 38 % des cas une prise d'alcool était présente. Quatre-vingt-neuf pour cent des patients ont bénéficié d'examen complémentaires courants : ionogramme sanguin (77 % des patients), alcoolémie (75 %), bilan hépatique (26 %), NFS (17 %), GDS (3 %), radiographie de thorax (4 %), ECG (54 %). Une paracétamolémie a été réalisée dans 63 % des cas alors que 15 % des patients déclaraient avoir ingéré du paracétamol. Un « screening toxique » a été réalisé dans 51 % des cas. Chez aucun patient, une anomalie des examens

courants n'a donné lieu à une intervention thérapeutique ou à une surveillance spécifique. Une anomalie de l'ionogramme était observée dans 13 % des cas (hypokaliémie, hypernatrémie, baisse des bicarbonates, modérées sans relation avec un toxique particulier), du bilan hépatique dans 7 % des cas (cytolyse et cholestase modérée dans le cadre d'intoxications alcooliques aiguës), les gaz du sang prescrits chez uniquement 10 patients étaient anormaux chez 6 (acidose respiratoire modérée). Des anomalies mineures de l'ECG étaient observées dans 5 % des cas. Seul un patient n'ayant pas déclaré de prise de paracétamol avait une paracétamolémie en zone potentiellement toxique. Il n'y avait aucune différence d'orientation (sortie, réanimation, soins continus, hospitalisation autre) à l'issue de la période d'observation entre les patients avec et sans anomalie du bilan. À l'issue des 72 heures de prise en charge initiale, il n'y a eu aucune évolution clinique défavorable. Après analyse multivariée, les paramètres associés à la prescription d'examen complémentaires (courants et/ou toxicologie) étaient le centre (Angers > Le Mans), le nombre de toxiques ingérés, et la présence d'une anomalie clinique initiale (GCS < 13, FQ < 50 ou > 110/minute, SpO₂ < 93 %, FR < 12 ou > 25/minute). Le coût moyen lié aux examens complémentaires (examens courants et examens de toxicologie) était très différent entre les deux centres (Angers 379 € vs Le Mans 84 €, $p < 0,001$). La comparaison en tenant compte uniquement de examens de biologie courants était toujours significativement différente (Angers 44 € vs Le Mans 24 €).

Conclusion : Il existe une très grande hétérogénéité dans la prescription d'examen complémentaires pour ces patients avec IMV sans critère de gravité clinique initiale, avec un effet centre marqué. L'apport des examens complémentaires pour la prise en charge semble, dans cette étude, très faible. Une étude de plus grande ampleur est en cours de préparation (Ex Co Tox 2) pour confirmer ces résultats et pouvoir éventuellement proposer des recommandations.

SP263

Particularités des intoxications aiguës aux Antilles : toxiques incriminés et devenir

D. Resiere¹, R. Valentino², O. Oxybel³, C. Chabartier², M. Jonas³, A. Le Cain¹, S. Kaidomar⁴, J.L. Fergé², F. Daviaud²,

B. Megarbane⁵, H. Mehdaoui²

¹Service de réanimation polyvalente, CHU de Fort-de-France, Fort-de-France, Martinique

²Service de réanimation, CHU de Fort-de-France, Fort-de-France, Martinique

³Service de réanimation médicale, CHU de Fort-de-France, Fort-de-France, Martinique

⁴Urgences médicales, CHU de Fort-de-France, Fort-de-France, Martinique

⁵Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris, France

Objectif : L'épidémiologie des intoxications dans les départements d'Outre Mer, avec des produits spécifiques, rarement à l'origine

d'intoxications en métropoles, reste encore mal décrite. À ce jour, les Antilles ne possèdent pas de centre antipoisons et de toxicovigilance (CAPTV) mais bénéficient d'un accès 24 heures/24 à la réponse téléphonique d'urgence assurée par les CAPTV métropolitains [1]. Il n'existe pas de registre local des intoxications. Notre objectif était de déterminer les caractéristiques des intoxications graves admises en réanimation et leur devenir.

Matériels et méthodes : Étude descriptive rétrospective des patients admis en réanimation polyvalente du CHU de Fort-de-France du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2010 ; calcul du Poisoning Severity Score (PSS) ; expression des variables en médiane [percentiles 10–90 %] et % ; comparaison par tests de Chi² ou Mann-Whitney.

Résultats : En 10 ans, 626/1154 patients (âge : 40 ans [20–50], 400 H/219 F) consultant pour intoxication aiguë ont été admis en réanimation. L'intoxication était accidentelle (10 %) ou à but suicidaire (90 %). Il s'agissait d'intoxications médicamenteuses ($n = 299$), aux organophosphorés ($n = 38$), à la rubigine ($n = 45$), aux caustiques ($n = 24$), au carambole ($n = 10$), aux produits stupéfiants ($n = 82$), au paraquat ($n = 41$) et suite à une morsure de serpent ($n = 22$). Le tableau clinique associait coma (74 %), insuffisance circulatoire (20 %), insuffisance respiratoire (10 %) et/ou défaillance multiviscérale (13 %). Une assistance circulatoire a été mise en place dans six cas : trois pour intoxications aux antidépresseurs tricycliques avec choc cardiogénique et trois pour intoxication aux antirouilles avec arrêt cardiorespiratoire par fibrillation ventriculaire. Cinquante neuf patients (11,4 %) sont décédés. En analyse univariée, la mortalité était significativement liée au PSS ($p < 0,001$), à l'IGS II ($p = 0,005$), à la nature du toxique ($p < 0,001$), au recours d'une ventilation mécanique ($p = 0,003$), à la durée d'hospitalisation ($p = 0,02$) et à la survenue d'une infection nosocomiale ($p = 0,05$).

Conclusion : Les intoxications aiguës restent un problème majeur de santé publique aux Antilles, avec une épidémiologie différente de la métropole et une forte incidence des intoxications par les toxiques ruraux et domestiques. La mortalité est élevée malgré une prise en charge rapide et adaptée en réanimation. Il est donc urgent de doter ces départements d'un CAPTV local.

Référence

1. CIRE Antilles-Guyane. Mars 2010

SP264

Ingestion de caustique traitement non opératoire des nécroses cliniquement latentes

K. Rabbani

Chirurgie digestive, CHU Mohammed-VI Marrakech, Marrakech, Maroc

Introduction : L'ingestion des caustiques est une pathologie très sévère, nécessitant une prise en charge initial lourde avec un pronostic très mauvais lors des stades avancés, avec une mortalité de 10 à 20 % selon les séries. La prise en charge immédiate dépend des résultats de la fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD), ainsi que de l'état hémodynamique du patient. La chirurgie en urgence de nécroses digestives est grevée d'une mortalité lourde. Nous allons montrer à travers notre série l'intérêt du traitement conservateur des nécroses digestives sans signes de gravités.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, rapportant les cas d'ingestion des caustiques hospitalisés dans notre service de chirurgie digestive sur une période de six ans. Le nombre total des patients était de 63 cas.

Résultats : La série globale comportait 63 patients. L'âge moyen était de 30,8 ans (extrêmes : 10 à 53 ans). Il y avait 41 hommes (65 %) et 22 femmes (35 %). Les circonstances de survenue étaient dominées par l'ingestion volontaire (73 %). Les produits les plus couramment utilisés sont les oxydants (42 %), bases fortes (35 %), et acides forts (23 %). La FOGD a été réalisé chez tous les patients avec un intervalle de temps de 3 H à 48 H, le stade I a été retrouvé chez 11 patients (17 %), le stade II chez 13 patients (21 %), et le stade III chez 39 patients (62 %). Cinq parmi les nécroses digestives ont été opérés d'emblée (8 %) en raison de signes de gravités clinique, et deux opérés quelques jours après, suite à une aggravation de leurs états général. Quant aux 32 patients restants des stades III avec nécroses œsophagiennes et/ou gastriques, ils ont bénéficiés d'un traitement conservateur sans résection digestive avec réalisation de 14 jéjunostomies d'alimentation. Aucun décès n'a été marqué dans le groupe du traitement conservateur. Après stabilisation des lésions de nécrose 8 patients ont nécessité un geste de reconstruction digestive.

Discussion : L'ingestion, dans un but le plus souvent suicidaire, de substances caustiques aboutit à des brûlures sévères de la filière aéro-digestive qui engagent le pronostic vital et fonctionnel [1]. La fibroscopie œsogastrique est l'élément diagnostique essentiel et détermine le pronostic et la prise en charge thérapeutique. Cet examen doit toujours être réalisé puisque la gravité des lésions digestives n'est ni corrélée à la sévérité des lésions oropharyngées, ni à la symptomatologie clinique. En présence de lésions de nécrose diffuse, une résection œsogastrique en urgence est nécessaire pour éviter l'extension de la brûlure aux organes de voisinage ou la perforation digestive, principales causes des décès [1]. Elle est grevée d'une mortalité immédiate et retardée de 10 % et le délai de prise en charge impacte le pronostic vital [1]. Un traitement conservateur basé sur une surveillance clinique dans une unité de soins intensive en l'absence de signes de gravités, notamment digestives en rapport avec une irritation péritonéale, ou des signes pleuro pulmonaire ou neuropsychique, est possible rendant possible une conservation de l'organe [2].

Conclusion : Le traitement conservateur des nécroses digestives dues à l'ingestion de caustiques basée sur une surveillance clinique en l'absence de signes de gravités clinique et neuropsychique, est possible rendant possible une conservation de l'organe devant le taux de mortalité des résections digestive en urgence.

Références

1. Mourey F, Martin L, Jacob L (1996) Brûlures caustiques de l'œsophage. Conférence d'actualisation Sfar Paris. Elsevier 595–606
2. Gault V, Cabral C, Duclos J, et al (2009) Intérêt de la tomographie dans la prise en charge des brûlures caustiques sévères de l'œsophage (abstract). *J Chir* 145:9

SP265

Influence de produit organophosphoré sur l'activité cholinestérasique globulaire à l'admission, la gravité et le pronostic au cours des intoxications aiguës

N. Brahmi¹, N. Kourachi², W. Masri³, E. Hatem²,

H. Thabet², M. Amamou²

¹Service de réanimation médicale, centre d'assistance médicale urgente et de réanimation, Tunis, Tunisie

²Service de réanimation médicale, centre d'assistance médicale urgente (Camu), Tunis, Tunisie

³Laboratoire de toxicologie, centre d'assistance médicale urgente (Camu), Tunis, Tunisie

Introduction : Les intoxications par les esters organophosphorés peuvent être responsables de tableaux cliniques de gravité différentes ;

plusieurs facteurs ont été rattachés à ce polymorphisme clinique, évolutif et pronostic dont la nature du produit et son retentissement sur la baisse de l'activité cholinestérasique globulaire à l'admission (AChEH0). L'objectif de notre étude clinique étant de vérifier s'il existe une influence du produit sur le degré de la baisse de l'AChEH0 et du pronostic.

Patients et méthodes : C'est une étude rétrospective incluant les patients adultes hospitalisés en réanimation pour intoxication aux esters organophosphorés entre 2009–2010 et chez qui une identification du produit a été faite soit par analyse toxicologique au laboratoire en se référant à la fiche technique. En plus de l'identification du produit, un dosage couplé de l'activité cholinestérasique sérique (BChE) et l'activité globulaire (AChE) a été réalisée à l'admission.

Résultats : 40 patients ont été inclus d'âge moyen 35 ± 14 ans ; les produits en cause étaient le diazinon ($n = 14$), le dichlorvos ($n = 14$), le chlorpyrifos ($n = 7$), le malathion ($n = 4$) et le parathion d'éthyle ($n = 1$). Tous les patients avaient un syndrome muscarinique, 18 patients avaient un syndrome nicotinique et 12 patients un syndrome encéphalique. Le recours à la ventilation mécanique a été nécessaire dans des cas. Un seul décès tardif a été recensé. Le produit en cause était le chlorpyrifos. L'étude comparative entre les différents produits a montré une baisse significative de l'AChE à l'admission chez le groupe d'intoxications au dichlorvos $2,97 \pm 0,39$ UI/ml GR comparativement aux autres produits $3,7 \pm 0,61$ ($p = 0,006$) alors qu'il n'y avait aucune différence en terme de l'activité sérique, du recours à la ventilation mécanique et de la profondeur de l'altération de l'état de conscience.

Conclusion : Au terme de ce travail, nous pouvons conclure que le dichlorvos est l'OP le plus pourvoyeur de baisse de l'AChE à l'admission dans notre série mais n'est pas à lui seul une source de majoration des complications ou de morbi-mortalité.

SP266

Intoxication au méprobamate : un poids, deux mesures ?

B. Mounier¹, B. Pons², X. Delavenne³, T. Basset³, E. Alamartine⁴, C. Auboyer², J.-P. Chaussinand⁵, M. Cobo⁶, M. Darmon², F. Zeni⁷

¹Urgence et réanimation polyvalente, CHU Nord,

Saint-Priest-en-Jarez, France

²Service de réanimation médicale polyvalente, CHU Nord,

Saint-Priest-en-Jarez, France

³Laboratoire de pharmacologie, CHU Nord, Saint-Priest-en-Jarez, France

⁴Service de réanimation néphrologique, CHU Nord,

Saint-Priest-en-Jarez, France

⁵Service de réanimation, centre hospitalier de Montbrison,

Montbrison, France

⁶Service de réanimation, centre hospitalier de Saint-Chamond,

Saint-Chamond, France

⁷Service de réanimation médicale polyvalente, CHU Bellevue,

Saint-Étienne, France

Introduction : Le méprobamate est un psychotrope utilisé en France dans l'anxiété et l'aide au sevrage alcoolique sous sa forme méprobamate seul (MEP) et comme hypnotique en association avec de l'acéprométazine (MPN). Malgré l'avis défavorable au maintien de l'autorisation de mise sur le marché de ces deux spécialités [1], seule la fin de la commercialisation de la forme MPN est officialisée [2]. Notre objectif est de comparer la gravité des intoxications à ces deux formes.

Patients et méthodes : Étude rétrospective descriptive multicentrique menée dans cinq unités de réanimation et de soins intensifs de la Loire. Étaient inclus les patients hospitalisés entre janvier 2005 et juin 2011 pour une intoxication médicamenteuse volontaire au méprobamate. Les résultats sont exprimés en médiane [IQR] ou n (%). Nous avons utilisé le test de Mann-Whitney et de Chi² selon les cas.

Résultats : Au total 146 patients, âgés de 46 ans [36–53] ont été inclus : 38 (29 %) présentaient une intoxication au MEP, 104 (71 %) au MPN et 4 (2,7 %) aux deux formes. La majorité des patients étaient de sexe féminin (76,1 %), et 118 (81 %) présentaient une co-intoxication (alcool, benzodiazépines, tricycliques et/ou autre). Le score de Glasgow à la prise en charge initiale était de 5 [3–7], la sévérité à l'admission, évaluée par le score LOD, de 6 [4–8]. Un état de choc initial était observé chez 72 patients (50,7 %), 6 (4,2 %) présentant un arrêt cardio-respiratoire. Cent trente-deux patients (93 %) ont bénéficié de ventilation mécanique et le recours aux amines vasopressives durant les premières 24 heures a été nécessaire chez 51 patients (35,9 %). Un traitement par charbon activé a été réalisé chez 29 patients (20,4 %). Sept patients (4,9 %) ont bénéficié d'une épuration extra-rénale pour insuffisance rénale aiguë, 4 (10,5 %) dans le groupe MEP et 3 (2,1 %) dans le groupe MPN. Quatre patients (2,8 %) sont décédés, 2 (5,3 %) dans le groupe MEP et 2 (1,9 %) dans le groupe MPN. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,9 jours. Il n'existait pas de différence significative entre ces deux groupes concernant les données démographiques, le score de gravité SAPSII (44 [30–53] vs 46 [37–53], $p = 0,95$ pour MEP vs MPN respectivement), le score de Glasgow à la prise en charge (6 [3–7] vs 5 [3–7], $p = 0,54$ pour MEP vs MPN respectivement). De la même manière, la quantité de méprobamate ingérée et la méprobamatémie à l'admission ne sont pas différentes. Du point de vue hémodynamique, aucune différence n'a été retrouvée sur l'incidence d'un arrêt cardio-respiratoire, l'évolution hémodynamique durant les 24 premières heures (Tableau 1). Aucune différence n'a été retrouvée concernant la durée de la ventilation mécanique (20 heures [12–47] vs 22 heures [17–36], $p = 0,10$ pour MEP vs MPN respectivement).

Tableau 1 Évolution hémodynamique au cours des 24 premières heures

	MEP ($n = 38$)	MPN ($n = 104$)	p
État de choc initial	20 (52,6 %)	52 (50 %)	0,92
Nécessité de recours aux amines vasopressives	14 (36,8 %)	39 (37,5 %)	0,77
Pression artérielle moyenne (PAM) minimale (mmHg)	65 [53–78]	64 [54–72]	0,80

Du point de vue pharmacologique, aucune relation n'a été retrouvée entre la méprobamatémie et l'incidence de l'hypotension ($p = 0,191$) ou le recours aux amines vasopressives ($p = 0,110$).

Conclusion : Les résultats montrent l'équivalence en terme de gravité entre les intoxications au MEP et au MPN. En concordance avec les données de la littérature et les bulletins de pharmacovigilance, nos résultats posent la question de la pertinence du maintien d'autorisation de mise sur le marché de la forme méprobamate seul.

Références

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Communiqué de presse : Points d'information sur les dossiers discutés en commission d'AMM. Séance du jeudi 26 mai 2011
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Mise au point : arrêt des hypnotiques — conduite à tenir dans le contexte du retrait du Noctran® et de la Mépronizine®. Juillet 2011

SP267**L'immolation par le feu :****phénomène de la révolution tunisienne**

L. Gharsallah, A. Mokline, N. Amri, I. Rahmani, B. Gasri,
H. Oueslati, A. Souayah, N. Sassi, M. Ben Hammed,
M. Laouiti, A.A. Messadi

Service de réanimation des brûlés,

centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis, Tunisie

Introduction : La révolution tunisienne s'est déroulée autour du suicide d'un jeune tunisien par immolation, et depuis on commençait de plus en plus à parler de *copycat* suicide version immolation : personne agissant de manière similaire à une action lue ou découverte dans les médias, qui commence à se répandre de plus en plus parmi les jeunes tunisiens désespérés. Frappé par cette vague de tentatives de suicide, nous avons essayé de rapporter l'ampleur de ce phénomène à travers la comparaison de deux périodes avant et après le déclenchement de la révolution en Tunisie.

Patients et méthodes : Étude comparative réalisée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur 12 mois (juillet 2010–juin 2011) réparties en deux périodes de 6 mois : P1 : période pré-révolution ; P2 : période post-révolution. Ont été inclus, tous les patients hospitalisés pour des brûlures graves suite à une tentative de suicide.

Résultats : Durant la période d'étude, 306 patients ont été admis dans le service des brûlés de Tunis : les immolés représentent 27 % ($n = 83$) des brûlés hospitalisés. Quarante-trois cas de tentative de suicide n'ont pas pu être hospitalisés pour défaut de place. Deux groupes

de patients ont été individualisés : G1 : pré-révolution ($n = 13$) ; G2 : post-révolution ($n = 70$). L'étude comparative des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des 2 groupes sont résumées dans le Tableau 1 suivant :

Tableau 1

Paramètres	G1 ($n = 13$)	G2 ($n = 70$)	Total	<i>p</i>
Nombre de malades hospitalisés	13/147 (8 %)	70/205 (34 %)	83/306 (27 %)	–
Nombre d'appels (non admis)	6	37	43	–
Âge (année)	30 ± 12 ans	31 ± 12 ans		NS
SCB moyenne (%)	24,8 ± 13	47 ± 24		0,01
UBS (%)	87,8 ± 98	127,8 ± 100		NS
ATCD psychiatriques (<i>n</i>)	3	18		0,04
Motifs				
Conflit familial (<i>n</i>)	6	26		NS
Conflit autorités (<i>n</i>)	6	35		NS
Non précisé (<i>n</i>)	1	9		NS

Conclusion : Pendant la révolution tunisienne, l'immolation par le feu est devenue un nouveau mode d'expression de contestation essentiellement chez les jeunes. De par leurs fréquences, les tentatives de suicide sont devenues un problème de santé publique sérieux par leurs dimensions et leurs conséquences sociales et économiques lourdes imposant un travail socio-économique profond pour lutter contre ce fléau.