

**Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie (F.M.P.O.S)
Bamako - Mali**

Année 1997 - 1998

N°...55...

**Etude Epidémiologique des tentatives d'autolyse dans
le District de Bamako traitées au service des urgences
de l'Hôpital National Gabriel TOURE
à propos de 35 cas.**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le devant la Faculté
de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali**

Par Monsieur Oumar TRAORE

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

Membres du Jury :

**Président : Professeur Baba KOUMARE
Juge : Docteur Sidy Yéhiya TOURE
Juge : Docteur Tiéman COULIBALY**

Directeur de Thèse : Médecin Commandant Abdoulaye DIALLO

**FACULTE DE MEDECINE , DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1998--1999**

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: **AROUNA KEITA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2ème ASSESSEUR : **ALHOUSSEYNI AG MOHAMED** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	OrthopédieTraumatologie.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L. Chef de DER
Mr. Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie- Réanimation
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie.Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Konipo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim J. MAIGA	Bactériologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Physiologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A.THERA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Physiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-enterologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Séydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie

4

Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Sidibé Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBÉ	Radiologie
Mr Adama D.KEITA	Radiologie

3. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINDO	Neurologie
------------------------	------------

D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie, Chef de D.E.R

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef D.E.R.)
---------------------	------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE	Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou Traoré	Génétique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

Mes remerciements à :

- Toute ma promotion
- Tous mes amis de parcours :
 - * Dramane Nafou CISSE
 - * Nouhou DIARRA
 - * Kizito DABOU
 - * Moussa E.H DICKO
 - * Bréhima B BERTHE
 - * Diakaridia KONE
 - * Magara DOUMBIA
 - * Souleymane KOUMARE
 - * Adama KONE
 - * Fatoumata YARO
 - * Youba COULIBALY
 - * Yessa MORO
 - * Soumaïla KEITA
- Tous mes camarades
- Tuteur Youssouf KOUYATE et famille
- Toute la famille GUINDO
- Eloi DOUMBIA et famille
- Tous les membres du corps professoral de la F.M.P.O.S

Remerciements à nos maîtres et juges.

Vous avez accepté ce modeste travail malgré vos multiples occupations, vos différents critiques seront les bien venus et permettrons d'enrichir les recherches dans ce domaine.

Remerciements

A notre président du jury :

Le Professeur Baba KOUMARE :

Professeur agrégé de Psychiatrie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, chef du service de Psychiatrie à l'Hôpital National du Point G, président de l'association des psychiatres d'Afrique Francophone Sub-saharienne.

Vous avez chaleureusement accepté d'être le président du jury.

Nous sommes aujourd'hui confus devant votre générosité, devant l'idéal qui vous a toujours animé de faire de nous un praticien exemplaire. Puisse ces qualités hautement humaines, éducatives et formatrices vous guider aussi dans nos rapports avec les hommes et les communautés.

Puisse le tout puissant vous fixer constamment en mémoire l'expression vivante de cette profonde gratitude.

A notre maître et juge :

Le Docteur Sidi Yéhiya TOURE

Anesthésiste réanimateur

chef de service des urgences et réanimation à l'Hôpital Gabriel TOURE; la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges nous honore, notre passage dans votre service nous a permis de mieux vous connaître et d'exalter l'étendue de la profondeur de vos connaissances, votre encadrement et vos conseils nous ont été très profitables. Nous avons trouvé en vous un maître sérieux dans son travail, ouvert et très humble.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de toute notre admiration et notre profond respect.

A notre maître et juge :

Le docteur Tiéman COULIBALY

Assistant chef de clinique en Ortho-traumatologie,

chargé de cours à la Faculté de Médecine, de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Nous n'avons pas eu le privilège de bénéficier de votre enseignement si enrichissant et alléchant au cours de notre cycle.

Nous avons eu la chance d'apprécier vos compétences au cours de nos stages pratiques.

La simplicité, l'élégance et la courtoisie avec lesquelles vous pratiquez ce noble art retient toute notre admiration.

Recevez ici tous nos remerciements et toute notre estime.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Introduction	12
A - Rappels sur :	14
1 - Les intoxications	
2 - La noyade	
3 - La pendaison	
B - Matériel et Méthode :	33
1 - Cadre d'étude	
2 - Matériel	
3 - Méthode	
C - Résultats	37
1 - La fréquence globale	
2 - La fréquence selon le sexe	
3 - La fréquence selon l'âge	
4 - La fréquence selon le type	
5 - Etude de la fréquence des tentatives d'autolyse en fonction des facteurs épidémiologiques.	
6 - Etude analytique de certains facteurs :	
6.1 - Mortalité	
6.2 - La durée du séjour des malades	
D - Commentaire et Discussions :	45
1 - Commentaire général	
2 - Commentaire et Discussion sur :	
2.1 - La fréquence	
2.2 - La repartition des tentatives d'autolyse.	
E - Conclusion et recommandations	51
F - Bibliographie	57
G - Annexe	60
H - Résumé	63

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La tentative d'autolyse se définit comme une agression physique volontaire de l'individu sur son organisme.

Cette agression peut se faire de plusieurs manières :

- Soit par ingestion de produits chimiques pharmaceutiques ou autres gaz asphyxiants,
- Soit par arme à feu ou arme blanche
- Soit par chute d'une hauteur dans le vide, le feu ou l'eau.

L'hospitalité était l'une des caractéristiques de nos régions autrefois. L'individu en difficulté était soutenu par la famille et la société toute entière. Chacun avait un rôle à assumer pour le bonheur du groupe. De nos jours cette notion de collectif a perdu de sa ferveur à la lumière du développement économique et social des progrès scientifiques au profit de l'individualisme.

Ces valeurs socio -culturelles étaient le garant d'une harmonie dans la société africaine. Actuellement l'individu en difficulté désespère par manque de soutien et l'ultime recours à la solution à son problème reste la tentative d'autolyse qu'il juge la mieux appropriée.

Notre pays n'échappe pas à cette règle si bien que les tentatives d'autolyse ont représenté tout de même 1,95% de nos urgences au cours de l'année 1998. Ce chiffre est peut être sous évalué car certains ne nous parviennent pas.

Sur ces tentatives d'autolyse des études séparées de chaque mécanisme ont été menées notamment au Sénégal où une thèse fût présentée en 1984 portant sur les intoxications aiguës volontaires et accidentelles. Au Mali également un travail similaire a porté sur les intoxications volontaires à la chloroquine.

La complexité du problème qui a poussé à la tentative d'autolyse rend aussi la thérapeutique difficile si bien que nous avons des problèmes de prise en charge thérapeutique, de surveillance psychologique le diagnostic est toujours fait; seule la connaissance précise de la dose et des associations de produits demeurent inconnue.

Les objectifs de notre thèse sont :

- L'incidence des tentatives d'autolyse sur la population ;
- Déceler le mécanisme le plus en cause des tentatives d'autolyse et de préconiser les solutions;
- Trouver les produits les plus utilisés;
- Proposer une prise en charge adéquate.

RAPPELS

Les tentatives d'autolyse constituent une classe d'affections assez complexes devant laquelle l'attitude du médecin varie selon le mécanisme en cause. Certes ces tentatives d'autolyse regroupent pas mal de mécanismes mais dans notre étude nous nous intéresserons surtout aux cas de figures les plus fréquemment rencontrés dans les services de réanimation :

- Les intoxications volontaires
- La noyade
- La pendaison
- L'usage d'arme à feu
- Les chutes de hauteur
- L'usage d'armes blanches.

Il s'agit d'une liste qui n'est pas exhaustive mais il est important de reconnaître que la majorité des tentatives d'autolyse obéit à l'un des mécanismes suscités. Par ailleurs il faut signaler aussi que parmi ces schémas nous allons nous axer sur les trois premiers à savoir les intoxications, la noyade et la pendaison.

A - LES INTOXICATIONS :

Elles se définissent comme un apport massif d'une substance dans l'organisme dépassant les capacités d'élimination de celui-ci.

Cet apport massif sera à l'origine de nombreux troubles des fonctions vitales. L'appareil respiratoire, la peau, le tube digestif, les veines constituent les principales voies d'administration.

Les produits les plus rencontrés sont : les médicaments, les produits domestiques (soude caustique, potasse...) les produits industriels (insecticides, pesticides...)

Le tableau clinique est surtout dominé par des troubles digestifs à type de nausées, vomissements, diarrhées ou constipation, douleurs abdominales.

Les troubles respiratoires sont surtout la détresse respiratoire pouvant être directe ou indirecte :

- Les lésions alvéolo-capillaires sont directes dues à l'inhalation du produit toxique à l'origine d'une pneumopathie ou d'un oedème aigu du poumon lésionnel.
- Le coma est indirect entravant une obstruction des voies aériennes supérieures une dépression centrale ou un syndrome de Mendelson, dans ce cas il faut alors mettre le malade en position latérale de sécurité, l'intuber le ventiler artificiellement, faire une corticothérapie et une antibiothérapie de prévention.

Au niveau cardio vasculaire il y a deux types de troubles :

- les troubles hémodynamiques à type de collapsus ou d'insuffisance cardiaque
- les troubles du rythme cardiaque.

Confronté à une suspicion d'intoxication la première étape pour le médecin consiste à définir les situations dans lesquelles il se trouve. Ces situations au nombre de trois posent d'énormes problèmes diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques différents :

- Le patient qui aurait ingéré volontairement un toxique mais dont l'examen clinique initial est normal.
- L'examen clinique initial révèle la présence de symptômes et la prise de toxiques définis est suspectée.
- Le patient présente des symptômes ; une étiologie toxique est suspectée mais sans orientation initiale.

a)- L'ingestion volontaire d'un toxique avec un examen clinique initial normal

En urgence la certitude de l'intoxication n'est pas nécessaire, la seule suspicion d'une intoxication suffit au raisonnement médical. Le raisonnement en urgence, s'effectue sur un critère qualitatif et un critère quantitatif.

Le critère qualitatif est la nature des principes actifs ingérés. Le patient ingère le plus souvent des spécialités pharmaceutiques or chaque spécialité peut contenir plusieurs principes actifs toxiques (antalvic: dextropropoxyphène; Diantalvic: Dextropropoxyphène+ paracétamol ; Natishedine: Phenobarbital + Quinidine). Pour les produits domestiques ce qui est moins connu c'est la variabilité de leur composition dans le temps. La connaissance de la dénomination exacte du produit en cause est très souvent un préalable à l'évaluation exacte de leur toxicité.

Le critère quantitatif est la dose maximale possible que le patient a pu ingérer. Le problème est de définir le risque maximal que court le patient. Cette dose doit toujours être rapportée en poids du patient, ceci est absolument impératif pour les enfants. Un produit étant suspecté, l'effort du centre antipoison permet de définir les points d'impact du toxique et dont les paramètres à surveiller qui peuvent être cliniques ou biologiques.

L'examen clinique initial est normal pour certains toxiques tels la glafemine, le paracétamol, les vitamines K. Les perturbations induites par l'intoxication sont biologiques.

Le délai d'apparition des symptômes : Le délai entre l'ingestion et l'examen médical représente un élément théorique d'importance pour apprécier le risque toxique L'on pourrait dire que le risque est à venir si ce délai est court; le risque est passé si ce délai

est long. Cependant en pratique d'urgence il faut toujours considérer que le risque est à venir.

De plus pour certaines intoxications il existe un intervalle libre qui peut atteindre plusieurs heures entre la prise du toxique et l'apparition des premiers symptômes : les anti-dépresseurs tri et tétracycliques; colchime ; éthylène glycol, la glafémine... Aussi la normalité de l'examen clinique initial ne permet pas de prévoir l'évolution.

L'intensité des troubles potentiels guide la nécessité d'une hospitalisation voire d'une admission directe en milieu de soins intensifs. A ce propos il faut souligner que la mortalité de l'intoxiqué conscient est quatre fois plus important que celle de l'intoxiqué comateux.

La situation de l'intoxiqué asymptotique représente le moment idéal où sont posées les médications d'évacuation gastrique ou d'administration de charbon activé par voie orale. L'évacuation gastrique est contre indiquée en cas d'ingestion de : produits caustiques ; produits moussants ; hydrocarbures pétroliers.

L'évacuation gastrique n'est pas contre indiquée mais demande à être réalisée sous la surveillance d'un réanimateur en cas de toxiques à l'origine : de troubles de la conscience d'apparition rapide (Ex Barbiturique rapide); état de mal convulsif dont la survenue est souvent extrêmement rapide (Isoniazides, insecticides, anti-cholinestérasiques); troubles du rythme cardiaque ou de la conduction d'apparition rapide (tous les autres arythmiques et les toxiques à effet stabilisant de membrane; les digitaliques).

C'est à cette phase précoce encore asymptotique que certains antidotes préservent leur maximum d'efficacité tels que : N acetyl cysteine pour le paracétamol ; Ethanol pour le méthanol et l'Ethylène 4 - methylpyrazolé ; vitamine K1 pour les anti vitamines K.

Au terme de cette démarche en urgence, le patient sera mis en observation.

La nature des paramètres surveillés; la durée de cette surveillance sera établie en tenant compte non seulement de la nature et de la dose du toxique mais également de l'âge et des antécédents du patient.

Les préoccupations d'ordre toxicologique ne doivent pas faire oublier la nécessité d'une consultation psychiatrique au cours de la phase aiguë en cas d'intoxications volontaires.

b)- L'examen clinique initial révèle la présence de symptômes et la prise de toxiques définis est suspectée :

Il est fondamental de bien concevoir que c'est l'amélioration du traitement symptomatique qui a permis d'améliorer le pronostic de nombreuses intoxications. Connaître un produit permet d'évaluer : les points d'impact du produit, les risques encourus par le patient, et de définir les éléments de surveillance. Mais au préalable, il faut que le médecin traitant fasse un examen clinique complet du patient aussi qu'un électrocardiogramme. Cet examen clinique initial permet de déterminer s'il existe une adéquation entre les produits toxiques suspectés et les symptômes présentés par le patient. Il faut en effet savoir si les produits suspectés expliquent à eux seuls la totalité du tableau clinique. Une réponse négative conduit à poser deux questions :

- **L'intoxication est - elle réelle ?**

Devant toute suspicion d'intoxication, il convient de garder présent à l'esprit les diagnostics différentiels que les symptômes présentés par le patient peuvent évoquer; ceci est particulièrement important pour les comas.

- **Quels sont les autres toxiques qui peuvent expliquer ces symptômes ?**

Le corollaire d'une réponse positive à cette question est de savoir quels risques nouveaux font alors apparaître les produits associés.

Les fonctions vitales étant assurées, il faudra réfléchir à l'indication d'une évacuation gastrique en cas d'intoxication par ingestion. Il ne faut pas sous estimer l'intérêt en urgence des traitements par antidotes et chelateurs. Bien conduits, ils facilitent très souvent la réanimation symptomatique.

L'augmentation de l'élimination du toxique peut être obtenue par une diurèse provoquée ou une épuration extra - rénale.

c)- Le patient présente des symptômes :

Une étiologie toxique est suspectée mais sans orientation initiale.

Dans la suite de la démarche il est absolument fondamental de bien se rappeler que cette situation n'est pas la plus fréquente car elle suppose à la fois une impossibilité d'interroger le patient et son entourage. aussi avant de se lancer dans les suspicions diagnostiques, mieux vaut s'enquérir auprès de la famille, de l'entourage des circonstances exactes de la découverte; ce n'est qu'en l'absence de renseignement que l'on pourra vraiment se considérer dans cette situation.

Il faut préciser par l'examen clinique initial le cadre séméiologique principal dans lequel se situe cette suspicion d'intoxication.

Plus l'examen clinique et les examens para-cliniques rechercheront progressivement au sein du tableau clinique et biologique les éléments séméiologiques discriminants. Cette situation nécessite une grande vigilance vis à vis des diagnostics différentiels que l'on peut opposer une étiologie toxique.

Les fonctions vitales étant assurées, l'indication d'une évacuation gastrique peut être posée. Dans cette situation, l'évacuation digestive possède une valeur non seulement thérapeutique mais aussi diagnostique car de nombreux produits possèdent :

- une forme particulière : comprimé, gélule, granulé.
- une odeur singulière.
- une couleur particulière.

Devant une intoxication symptomatique ou les symptômes sont compatibles avec le diagnostic toxicologique suspecté la certitude diagnostique n'est pas nécessaire à la mise en route du traitement spécifique, les antidotes ou les chélateurs. Ici également l'analyse biologique vient en première position par rapport à l'analyse toxicologique. Le diagnostic sera finalement confirmé par une analyse toxicologique qui, bien souvent, s'avérera longue, difficile et pas toujours positif en l'absence de tout renseignement.

LES TRAITEMENTS D'URGENCE EN TOXICOLOGIE

Ces thérapeutiques porteront sur des points essentiels à savoir:

- l'approche thérapeutique en urgence des intoxiqués associe trois composantes complémentaires : traitements symptomatiques, traitements évacuateurs et les traitements spécifiques.
- les traitements symptomatiques corrigent immédiatement les défaillances vitales et retablissent l'homéostasie du milieu intérieur, par contre les traitements symptomatiques sont sans effet sur la durée de l'intoxication.
- les traitements évacuateurs diminuent l'absorption des toxiques, les traitements épurateurs en augmentant l'élimination. Ces traitements diminuent la durée et la gravité potentielle d'une intoxication. Les traitements évacuateurs sont cependant sans effet sur la gravité immédiate.
- les traitements spécifiques (antidote et chélateurs) découlent de la connaissance précise des phénomènes toxicologiques et toxico-cinétiques d'une intoxication. Pour certaines intoxications ces traitements spécifiques sont capables d'améliorer à eux seuls le pronostic vital, pour d'autres ils simplifient la réanimation.

1 - Les traitements symptomatiques :

Un traitement symptomatique bien conduit est souvent suffisant lorsqu'il est associé à une évacuation digestive.

La correction d'une défaillance respiratoire :

- Les états comateux : La complication essentielle des états comateux est l'apparition d'une insuffisance respiratoire à l'origine d'une hypoxie cérébrale. Celle-ci entraîne une aggravation de l'état de conscience et un risque accru de pneumopathie de déglutition, majeure un risque convulsif.
- Les syndromes de détresse respiratoire : Le traitement fait appel précocement à la ventilation assistée; une exception l'intoxication par le paraquat où l'oxygénothérapie qui présente un effet délétère sera repoussé pour assurer à la phase terminale un certain confort à ces patients hypoxiques et hypercapniques.
- Intoxications cardiotropes : Il a été démontré que la normoxie et la normocapnie diminuent la toxicité myocardique des médicaments possédant un effet stabilisant de membrane. Cela explique le rôle de premier plan que revêt la ventilation assistée au cours des intoxications graves par les stabilisants de membranes et notamment la chloroquine, les anti-dépresseurs tri ou tétracycliques, les autres arythmiques de classe I. Les B-bloquants et les cyanures peuvent également bénéficier d'une assistance respiratoire permettant de mieux comprendre l'amélioration du pronostic qu'ont apportée l'intubation et la ventilation assistée précoce.

Correction d'un collapsus :

Devant un abaissement de la pression artérielle le médecin réanimateur doit se poser deux questions:

*** s'agit-il d'un collapsus ?**

Autrement dit cette tension actuelle basse n'est elle pas physiologique, en rapport avec la température ou la tension actuelle habituelle du malade?

La conservation de la diurèse, l'absence de tachycardie réactionnelle ou l'absence d'élévation des lactates plasmatiques sont ici très précieuses.

*** Le mécanisme est-il toxique ?**

Il n'est pas de profil aux états de choc toxique. Ils existe habituellement une intrication de plusieurs mécanismes variables selon le toxique en cause mais aussi pour un même toxique. Cela explique la nécessité de recourir à des études hémodynamiques lorsqu'un collapsus est réfractaire au traitement initial institué "à l'aveugle".

La ventilation assistée doit toujours être associée au traitement hémodynamique d'un état de choc sévère.

Apport hydro-électrolytique et calorique :

Cela ne pose pas de problème au cours des intoxications par les psychotropes qui se caractérisent par un faible catabolisme azoté et une évolution relativement courte. Un apport glucosé quotidien de 100 à 150 g est tout à fait suffisant. Le volume des apports sous forme de 2 à 3 litres a pour but d'apporter la ration calorique et hydro-électrolytique associée à des électrolytes. Les vitamines B1 et B6 doivent être systématiquement associées à l'apport caloriques. Dans certains cas particuliers les apports diffèrent de ce schéma :

- les hypo-glycémies d'origine toxiques imposent une restriction des apports hydro-sodés, azotés et potassiques.
- l'ingestion de caustiques à l'origine de lésions gastriques d'un stade supérieur au simple érythème oblige à une alimentation parentérale totale qui peut durer plusieurs semaines.
- les brûlures cutanées (thermiques, caustiques) et les sepsis graves justifient des apports caloriques élevés.

2 - Diminuer l'absorption des toxiques :

Lorsqu'on accueille une intoxication, diminuer l'absorption du toxique doit être une préoccupation majeure. L'absorption digestive des toxiques peut être diminuée de deux façons :

- soit par les méthodes d'évacuation gastrique : lavage gastrique ou vomissements provoqués par le sirop d'Ipéca l'apomorphine.
- soit par l'administration orale d'un adsorbant comme le charbon activé. Ces deux méthodes sont complémentaires et souvent utilisées l'une après l'autre.

X - Diminuer l'absorption digestive des toxiques :

- L'évacuation gastrique - lavage gastrique :

C'est la méthode de référence.

Il doit être réalisé en milieu hospitalier après avoir vérifié la disponibilité et la fonctionnalité du matériel de réanimation respiratoire, la présence d'un cardio-scope et d'un aspirateur en état de fonctionnement. Il est d'autant plus efficace qu'il est réalisé

précocement (moins de six heures). Cependant il est efficace tardivement en cas d'intoxication par les produits à effets anti-cholinergiques (atropine et dérivé plus anti-dépresseurs); en cas d'ingestion de produits à forme retard ou à délitement progressif.

Cette évacuation gastrique est contre indiquée en cas d'ingestion de:

- produits caustiques
- produits moussants
- hydrocarbures pétroliers
- troubles de la conscience chez un patient non intubé.

Elle n'est pas contre indiquée mais demande l'assistance d'un réanimateur en cas de toxique à l'origine de :

- troubles de la conscience d'apparition rapide
- stade mal convulsif de survenue brutale
- troubles cardiaques et surtout de rythme ou de la conduction.

Le matériel nécessaire comporte : un tube de faucher (calibre 10-12-14) un tube de gel anesthésique; des compresses; une tulipe ou un grand entonnoir; un seau d'eau; une canule de Guedel ou de Mayo, des tubes à prélèvement pour analyse toxicologique; dix litres d'eau ordinaire contenant environ 4 g de NaCL par litre; le matériel d'intubation et un aspirateur puissant. La mise en place d'un abord veineux; le malade conscient est en position assise, celui présentant un trouble mineur en position latérale de sécurité. Le tube de faucher induit du gel anesthésique est introduit à environ 45 ou 50 cm des arcades dentaires chez l'adulte. Pour un adulte on verse 300 à 400 ml d'eau salée et ensuite la tulipe est ramenée au dessous du plan de l'épigastre en la retournant dans le seau placé sur le sol à coté du lit. Les premiers centilitres sont envoyés au laboratoire. Au cours du geste le creux épigastrique est massé afin de mettre en suspension les comprimés. Un minimum de dix litres d'eau est utilisé chez l'adulte. Après le lavage on peut associer l'administration de 50 g de charbon activé par le tube de faucher.

Cependant le lavage gastrique présente quelques incidents : réflexes nauséux; malaise vagal; mauvaise récupération du liquide de lavage; inhalation du liquide de lavage; les hématoméses sont rares.

XI - Les vomissements provoqués :

Se font grâce à l'administration de :

- Sirop d'Ipéca : en dose unitaire de 20 g, dose d'exonération de 40 g administrée per-os. Pour l'adulte la dose unitaire de 20 g doit être diluée dans 250 ml d'eau tiède puis administrée en totalité. Si les vomissements ne se produisent pas au bout de 15 mn une deuxième dose sera administrée de la même manière. Chez l'enfant de 30 mois à 15 ans : 1 g/kg.

Mais les vomissements provoqués sont contre indiqués chez l'enfant de moins de 12 mois.

- L'apomorphine : à la dose de 0,1 mg/kg en sous cutanée. Son effet est plus rapide que celui du sirop d'Ipéca.

b)- Diminuer l'absorption cutanée des toxiques :

Le passage trans cutané de certains toxiques existe. Ce mode est capable de provoquer une intoxication ou d'en aggraver le tableau. Les organo-phosphorés et les organo-chlorés sont bien résorbés par la peau. Un lavage cutané à grande eau savonneuse en cas d'exposition à l'aérosol et projection cutanée de liquide.

c)- Prévenir l'absorption pulmonaire :

Lors des intoxications par gaz; la première mesure est de soustraire la victime de l'atmosphère toxique. Au cours de toute intoxication oxycarbonée domestique, il faut s'assurer auprès de la famille que la réparation de l'appareil défectueux a été réalisée

3 - Epuration des toxiques :

Différentes méthodes sont utilisées :

- La diurèse provoquée : soit par diurèse osmotique, la diurèse saline ou la diurèse osmotique neutre.
- L'élimination digestive : soit par l'administration de charbon activé, soit par diarrhée provoquée, soit par élimination pulmonaire.
- Les épurations extra-rénales.

Le traitement spécifique : porte essentiellement sur les anti-dotes qui sont subdivisés en antidotes non spécifiques et spécifiques.

*** Les antidotes non spécifiques :**

Principalement le charbon végétal activé : Le Carbomix dose unitaire de 50 g administrés per os chez l'adulte puis 25 g toutes les 4 à 6 heures. Chez l'enfant: 1 g/kg de poids.

* **les antidotes spécifiques**

- L'anexate : Antagoniste des benzodiazépines à la dose de 0,2 à 0,3 mg toutes les minutes si avec 5 mg il n'y a pas de réveil, il s'agit d'une intoxication mixte.
- L'atropine : lutte contre l'activité cholinergique : Carbonate à la dose de 1 à 2 mg chez l'adulte et 0,001 à 0,005 mg chez l'enfant.
- Le lactate de sodium molaire : Dans les troubles de conduction à la dose maximale de 750 ml.
- Antagoniste morphinique, ampoules de 1 ml dosées à 0,4 mg.

La posologie habituelle est de 0,01 à 0,03 mg/kg.:

- Le Glucagon : Dans les intoxications aux B-bloquants; ampoules de 1 mg utilisées en bolus de 5 à 10 mg puis 1 à 5 mg chaque heure.
- L'adrénaline : Dans les intoxications à la nivaquine, diluer 5 mg dans 50 ml, 0,5 mg/heure durant 5 heures puis 5 ml/heure durant 5 heures de suite.

B - La noyade :

Il s'agit d'un accident fréquent et grave qui pose toujours deux problèmes successifs.

- Après la période initiale des premiers secours et de la réanimation cardio-circulatoire, l'évolution est surtout marquée par l'oedème aigu du poumon initial ou secondaire de type lésionnel et par les conséquences de l'anoxie cérébrale. Selon les circonstances de survenue plusieurs éventualités peuvent être rencontrées :
- * la submersion primitive par épuisement ou incapacité de nager; c'est le cas de figure le plus fréquent.
- * la syncope primitive ou hydrocution qui peut se voir en eau libre mais aussi en baignoire ou sous la douche. En fonction des situations on individualise, plusieurs mécanismes : traumatique; allergique de type urticarien, reflex d'origine laryngo-pharyngée ou nasale; syncope thermodifférentielle secondaire particulièrement à une exposition solaire prolongée responsable de vasodilatation cutanée,
- * les accidents de plongée de mécanisme varié en plongée libre ou autonome.

En somme deux formes différentes de noyade doivent être individualisées :

- a) La noyade sans inhalation de liquide qui serait responsable de laryngo-spasme chez 10% des sujets la glotte restant close jusqu'au sauvetage, l'anoxie isolée est alors la première cause de la mort d'apparition très rapide en particulier en cas d'exercice musculaire important.

- b) La noyade avec inhalation de liquide entraînant en plus de l'asphyxie mécanique de nombreux troubles consécutifs à l'inondation broncho-alvéolaire avec des perturbations ventilatoires humorales et cardio-vasculaires.

La clinique : cliniquement la noyade comprend deux phases :

- une phase initiale marquée par l'agitation, le coma, des crises convulsives associées ou non à des troubles cardio-vasculaires à type d'arrêt circulatoire traduit par l'absence de pouls carotidien ou fémoral.
- L'évolution ultérieure des survivants : elle est très complexe; certains sujets peuvent récupérer sans troubles. Ceux n'ayant pas inhalé le liquide.

D'autres par contre vont présenter secondairement différentes manifestations :

- * Les troubles neurologiques : sous forme d'agitation, de confusion, de crises convulsives et coma,
- * Les troubles respiratoires : marqués par l'oedème aigu du poumon franc ou modelé; la radiographie pulmonaire montre l'aspect : "Poumon de noyé" images pommelées des deux champs pulmonaires à maximum hilair.
- * Les troubles cardiaques : Ce sont des extrasystoles, des fibrillations, des signes d'ischémie à l'électro-cardiogramme.
- * Les troubles digestifs sont principalement une distension gastrique très importante.
- * Les troubles de régulation thermique sont surtout dominés par une hypothermie au début.

La conduite à tenir :

Le pronostic du noyé se joue dans la conduite d'urgence. Une réanimation neurologique et respiratoire bien conduite dans le service de réanimation sera impuissante à inverser le cours des dégâts anoxiques constitués dans les premières minutes d'une prise en charge mal réalisée. La chaîne des secours doit être mise en place dès que possible et ne plus être interrompue.

I - Dans l'eau :

La situation est loin d'être idéale. L'essentiel est obtenu au plus vite au plan d'appui afin de pouvoir étendre le noyé et de débiter la réanimation. Avant ce stade, seuls quelques gestes élémentaires peuvent être pratiqués : la libération des voies aériennes supérieures au doigt (mucosité, corps étrangers, algues ...) et le bouche à bouche en cas d'arrêt respiratoire.

Le massage cardiaque externe dans l'eau semble utopique : la difficulté à maintenir la victime, l'efficacité très faible. L'intervalle entre le repêchage et l'installation sur un plan dur doit être réduit au minimum.

II - Hors de l'eau :

Un bilan rapide permet de cerner la situation; il porte sur la ventilation, la circulation et l'état neurologique de la victime. Des lésions traumatiques sont recherchées sans mobilisation intempestive du crâne et du rachis cervical. La distinction entre noyé bleu et noyé blanc est obsolète.

Les gestes non spécifiques sont toujours de mise ne retardant jamais la réanimation cardio-respiratoire lorsqu'elle est nécessaire : déshabillage du noyé, installation à l'abri du vent, séchage prudent sans friction puis enveloppement dans une couverture isotherme, évacuation de l'eau déglutie (amélioration de la cinétique diaphragmatique élément essentiel chez l'enfant), par une sonde gastrique. La manoeuvre de HEIMLICH n'est indiquée que lorsque l'absence de la ventilation artificielle laisse présumer l'existence d'un corps étranger respiratoire.

Le bilan de la situation permet de catégoriser le noyé dans l'un des quatre groupes suivants :

- Le groupe I : Aquatress

La victime n'a pas inhalé d'eau. IL convient de la rassurer, de la réchauffer, de contrôler sa glycémie et éventuellement de la restaurer. Une surveillance en milieu hospitalier durant 24 heures est sage.

- Le groupe II : Petit hypoxique

De l'eau a pénétré l'arbre trachéo-bronchique mais la victime a été extraite rapidement du milieu liquide. Cliniquement la victime tousse, décrit une gêne respiratoire accompagnée de tachypnée. Le pouls est rapide; l'auscultation peut montrer quelques râles des deux bases pulmonaires. La conscience est normale. Après la vidange gastrique le patient reçoit de l'oxygène au masque. Il est transporté sous surveillance à l'hôpital. Une surveillance de 48 heures en milieu de soins intensifs est indispensable du fait d'une faible aggravation secondaire de la situation respiratoire.

- Le groupe III : Grand hypoxique

La conscience est de niveau variable avec obnubilation voire coma. IL existe une véritable détresse respiratoire avec tachypnée, dyspnée, cyanose de degré variable. La ventilation assistée sur intubation trachéale est nécessaire en évitant de majorer l'hypoxie lors de l'intubation. Les dispositifs utilisables en transport permettent de débiter précocement le traitement de l'oedème pulmonaire lésionnel.

Les nouveaux modules de surveillances (la tension artérielle, le pouls) autonomes trouvent ici une excellente indication.

- Le groupe IV : Anoxique

C'est le tableau de l'arrêt circulaire d'origine hypoxique. Le traitement suit les règles habituelles de la réanimation en pareille situation, la défibrillation externe est possible sans risque particulier pour la victime ou le sauveteur.

Les diurétiques d'action rapide sont indiqués lors de la constatation de râles des bases pulmonaires à l'auscultation (Furosémide 0,5 mg/kg Ad).

La protection cérébrale par les barbituriques ou les inhibiteurs calciques sur le terrain n'est pas faite.

Tous les noyés y compris les Aquatress nécessitent une surveillance en milieu hospitalier à fortiori en milieu de soins intensifs selon la situation et son évolution. Le transport s'effectue par un moyen médicalisé afin de parer à toute aggravation imprévue.

La prise en charge hospitalière basée surtout sur la surveillance attentive consistera à : lutter contre l'hypoxémie; lutter contre l'anoxie et l'œdème cérébral; lutter contre l'acidose; la rééquilibration hydro-électrolytique; la mise en place d'une sonde nasogastrique; l'antibiothérapie à large spectre pour prévenir les infections pulmonaires et la corticothérapie pour lutter contre les phénomènes inflammatoires broncho-pulmonaires.

C - LA PENDAISON :

Geste auto-agressif le plus souvent, accidentel parfois surtout chez l'enfant et rarement un homicide.

Il faut savoir :

a) La striction du cou :

Elle s'accompagne d'une compression veineuse et artérielle avec un refoulement de la langue, un œdème laryngé et une compression de la trachée.

b) Les conséquences :

Elles sont essentielles :

- une anoxie,
- un œdème cérébral.

Ces deux phénomènes sont aggravés par l'asphyxie : d'atteinte des voies aériennes supérieures, les lésions cartilagineuses du rachis cervical et un œdème aigu du poumon (par rupture alvéolaire)

- un syndrome neuro-végétatif : irritation jugulo-carotidienne.

c) Les facteurs modulants :

La pendaison est complète dans 70% des cas et incomplète dans 30% des cas.

Mais cela dépend surtout de la position du noeud :

Quand le noeud est antérieur ou postérieur, le pourcentage est de 75% et l'ischémie est complète : on parle de pendu blanc.

Par contre, quand le noeud est latéral, le pourcentage ne fait que 25% avec le respect de la circulation artérielle homolatérale : dans ce cas, on parle de pendu bleu.

- Eviter l'aggravation des lésions cervicales potentielles et les lésions surajoutées (trauma crânien),
- Soutenir le corps, sectionner, desserrer puis ôter le lien.
- Respecter l'axe tête-cou-tronc,
- Mettre en place un collier cervical,
- allonger la victime en position latérale de sécurité.

2 - Les premiers bilans cliniques :

- Neurologique : évaluer le score de glasgow, la réaction pupillaire
- Hémodynamique : vérifier la présence du pouls carotidien ou fémoral
- Ventilatoire : les signes de lutte, l'emphysème sous-cutané,
- Rechercher les lésions associées telles que les traumatismes crâniens, les fractures et les déficits neurologiques.

La réanimation cardio-respiratoire consistera à :

- * Oxygéner à $FiO_2 = 100\%$ par un masque avec une assistance Ventilatoire.
- * Mettre en place un électrocardioscope pour les troubles du rythme, les fibrillations ventriculaires et aussi un saturomètre.

Contrôler les voies aériennes : l'intubation oro-trachéale peut être difficile et délicate à cause des ecchymoses locales, l'oedème laryngé, l'écrasement du larynx, la rupture trachéale.

L'utilisation de techniques particulières d'intubation et le recours aux différentes méthodes d'abord trachéal peut être nécessaire.

Après ces gestes prioritaires il faut ensuite :

- * compléter la mise en condition de sécurité par le remplissage vasculaire à l'aide de soluté macro-moléculaires, les amines cardio et vaso-actives par voie intraveineuse ou intratrachéale, la cardio-version contre les fibrillations ventriculaires ou l'asystolie, les benzodiazépines contre les convulsions.
- * Lutter contre l'ischémie et l'oedème cérébral par une oxygénation cérébrale correcte grâce à une ventilation contrôlée mécanique en oxygène pur. La sédation pour limiter les à coups tensionnels à condition de ne pas compromettre l'état circulatoire.

La restauration d'un état hémodynamique correct et stable car l'hypotension artérielle aggrave les lésions ischémiques.

Lors du transport du malade il faut assurer la stabilité cardio respiratoire, l'immobilisation sur un matelas à dépression, l'oxygénation et la perfusion de sécurité même pour les victimes conscientes dont les fonctions cardio-respiratoires sont satisfaisantes.

Une fois à l'hôpital les mesures de réanimation doivent être poursuivies compléter le bilan clinique et para-clinique : l'examen oto-rhino-laryngologique complet, la gazométrie artérielle, la radiographie du thorax, du rachis cervical et du crâne.

Si nécessaire on peut faire un scanner crânien et une imagerie par résonance magnétique (I.R.M) à la recherche de lésions médullaires, la fibroscopie si emphysème sous-cutané, l'échographie et l'échodopler cervical.

Toute fois il faut retenir que :

- Les formes mineures et moyennes importances nécessitent une surveillance de 24 à 48 heures : complication secondaire respiratoire, oedème cérébral tardif.
- Les formes graves doivent être hospitalisées en réanimation pour lutter contre l'anoxie et l'oedème cérébral.

Les autres mécanismes des tentatives d'autolyse ne feront pas l'objet de notre étude départ leur rareté dans notre région. Mais tout de même il est important de souligner certains aspects à leur propos entre autres :

- a) **L'électrisation** : qui se définit comme étant des manifestations qui entraînent la mort.

Cependant il est nécessaire de savoir :

- Les facteurs déterminant les conséquences du passage du courant :
 - * intensité : les ampères tuent
 - * tension : les volts brûlent
 - * les effets associés : Contractures musculaires, chutes, projections.
- Les facteurs de gravité :
 - * tension basse: électrisations, haute brûlures
 - * résistance opposée : rôle aggravant de l'humidité
 - * fréquence : supérieure à 1000 Hz brûlure
 - * trajet infra-corporel : thorax
 - * temps de contact

Le tableau clinique est caractérisé essentiellement par des secousses "électrique" caractéristiques, obnubilation, coma.

Etat asphyxique : blocage thoracique, encombrement, traumatisme.

Trouble du rythme, fibrillations ventriculaires, souffrance myocardique, brûlures de gravité sous estimée.

Une atteinte entamée limitée peut cacher des brûlures profondes.

Les règles de wallace, de lund et browder et l'index U.B.S. n'ont pas de valeur.

La conduite à tenir : Comprend trois temps :

- Sur les lieux de l'électrisation :
- * Ce qu'il ne faut pas faire : toucher directement la victime tant qu'elle se trouve en contact avec le courant; faire des échafaudages de fortune, instables, utiliser des objets conducteurs métalliques ou humides pour écarter un fil électrique ou un câble.
- * ce qu'il faut faire avant tout .

Eviter le sur accident; couper le courant au compteur; appeler un service habilité et compétent pour assurer la coupure d'un courant à haute tension.

Prévenir le risque de chute si la victime est collée au conducteur.

Débuter au plus vite les manoeuvres de réanimation cardio-respiratoire en tenant compte d'une lésion potentielle du rachis cervical.

- Pendant le transport :
- * Maintenir la stabilité cardio-respiratoire,
- * Immobilisation sur matelas à dépression
- * surveillance E.C.G.
- * oxygénation et perfusion de sécurité, même pour les victimes conscientes dont les fonctions cardio-respiratoires sont satisfaisantes.
- A l'hôpital :
- * Poursuivre les manoeuvres de réanimation
- * Reconstituer les circonstances de l'électrisation
- * Estimer le volume de masse musculaire lésée sur les signes de rhabdomyolyse (kaliémie C.P.K, acidose lactique, myoglobinemie, myoglobulinurie)

Evaluer l'atteinte vasculaire et myocardique.

- b) Les chutes de hauteur sont prises en charge en fonction de leur gravité liée surtout à l'endroit de chute de la hauteur de chute et du point d'impact de la chute de la victime. En général il s'agit soit d'une polyfracture soit d'un polytraumatisme ou d'une fracture simple ou fracture contusion .Dans tout les cas la prise en charge se fera en fonction des lésions organiques diagnostiquées.
- c) L'usage d'armes à feu et d'armes blanches entraînent des lésions à mortalité et morbidité élevées. Cela est dû à l'atteinte des organes nobles par les balles de l'arme en question, utilisée par la victime. En effet lors de ce mécanisme assez rare chez nous les organes comme le cerveau, le coeur et les autres viscères sont les plus sollicités par la victime qu'elle trouve irrécupérable en cas de lésions.

MATERIEL ET METHODE

A. Matériel

1 - Cadre d'Etude :

Notre étude a été menée dans le service des urgences - réanimation et dans le service des urgences chirurgicales de l'hôpital national Gabriel Touré.

1.1. Situation géographique :

Ancien dispensaire de la ville de Bamako, capitale administrative et politique du Mali devenu hôpital le 17 Février 1959 et prenant le nom de Gabriel Touré en hommage à un étudiant mort de peste contractée auprès d'un de ses patients. L'hôpital Gabriel TOURE est situé au centre ville en commune II et à cheval entre la commune I et la commune III.

1.2. Les locaux :

1.2.1. Le service des urgences - réanimation :

Situé à l'entrée Sud de l'hôpital, le service des urgences est un bâtiment comprenant un rez-de-chaussée et un étage.

- **l'étage :**

- 1 bureau pour le chef de service
- 1 bureau pour le major
- 1 salle de garde pour les infirmières
- 4 salles de garde (V.I.P)
- 12 salles d'hospitalisation avec au total 26 lits
- 2 toilettes.

- **Le rez-de-chaussée :**

- 1 bureau pour le médecin anesthésiste
- 1 bureau pour les internes
- 1 bureau pour le major
- 1 bureau pour les anesthésistes infirmiers
- 1 bureau pour les infirmières
- 7 salles d'hospitalisation avec au total 19 lits
- 2 salles opératoires réservées à la chirurgie
- 2 toilettes.

1.2.2. Le service des urgences chirurgicales :

Situé à l'entrée Nord de l'hôpital est un bâtiment à un seul niveau comportant :

- 1 bureau pour le chef de service avec toilette,
- 1 salle servant de secrétariat du chef de service,
- 1 bureau du chef de service adjoint,
- 1 bureau pour le major,
- 1 bureau pour les médecins généralistes,
- 1 bureau pour le gestionnaire,
- 3 chambres de garde avec douche interne pour respectivement internes, infirmières,
- 2 toilettes pour les patients hospitalisés,
- 1 salle d'accueil tri avec 4 boxes,
- 1 salle de dechocage avec 2 lits,
- 2 salles de réanimation avec 4 lits chacune,
- 3 blocs opératoires,
- 1 salle de stérilisation.

2. Période d'étude : notre étude a été descriptive et longitudinale sur 9 mois de Janvier 1998 à Septembre 1998.

3. Echantillon : notre étude a porté sur 35 patients tout âge et tout sexe confondu admis pour tentative d'autolyse.

- **Critères d'inclusion :** ont été inclus tous les patients des deux sexes de tout âge admis pour tentative d'autolyse.
- **Critères d'exclusion :** ont été exclus les patients dont les circonstances exactes de la survenue de l'agression ne sont pas élucidées.

B- Méthode

1. Enquête : (soit 35 cas) Elle a porté sur tous les malades hospitalisés pour tentative d'autolyse, quelque soit l'âge du patient, le sexe et le mécanisme. Au cours de cette étude, chaque patient avait une fiche d'enquête (voir annexe).

A l'admission, les patients sont fichés dans un registre d'admission ensuite ils sont dirigés vers la salle de réanimation ou ils reçoivent :

- Un examen physique sommaire,
- Une stabilisation des fonctions vitales,
- Un lavage gastrique à grande eau ou à jeun strict selon le produit,
- Un examen physique complet,
- Une thérapeutique appropriée.

A la sortie du service, ces patients sont orientés vers la psychiatrie.

Les examens para-cliniques

- * La fibroscopie oeso-gastrique
- * La radiographie standard
- * La biologie.

2. Les variables d'étude : (voir fiche d'enquête).

Nous avons établi une fiche d'enquête sur les éléments de diagnostic et de suivi hospitalier (voir annexe).

L'interrogatoire des malades se faisait dès leur admission au service.

Dans un certain nombre de cas, les malades ou les accompagnateurs étaient réticents aux questions, vu l'état d'urgence l'interrogatoire ne se faisait qu'après la stabilisation des fonctions vitales.

RESULTATS

LES RESULTATS

1 - Le sexe :

Tableau 1 : La fréquence en fonction du sexe.

SEXE	EFFECTIF	FREQUENCE
Masculin	13	37,14%
Féminin	22	62,86%
Total	35	100%

Dans ce tableau nous avons une nette prédominance féminine avec 62,86% (22 cas sur 35) par rapport au sexe masculin qui occupe 37,14% (13 cas sur 35)

2 - L'âge :

Tableau 2 : La fréquence en fonction de l'âge.

Age	Effectif	Fréquence
10 ans - 15 ans	3	8,57%
16 ans - 21 ans	14	40%
22 ans - 27 ans	9	25,71%
28 ans - 33 ans	5	14,28%
34 ans - 39 ans	2	5,72%
40 ans - 45 ans	2	5,72%
Total	35	100%

Dans ce tableau la tranche d'âge dominante est 16 ans - 21 ans avec 40% (14 cas sur 35)

Les tranches d'âge les moins représentées sont : 34 ans - 39 ans et 40 ans - 45 ans avec chacune 5,72% (soit 2 cas sur 35)

3 - La Fréquence des tentatives d'autolyse selon les niveaux de vie :

3.1 - Selon le niveau socio-économique :

Tableau 3 :

Niveau socio-économique	Effectif	Fréquence
Sujets à revenus élevés	3	8,58%
Sujets à revenus moyens	14	40%
Sujets à revenus bas	18	51,42%
Total	35	100%

Les Sujets démunis occupent le devant du tableau avec 51,42% soit 18 cas sur 35.

3.2 - Selon le niveau scolaire :

Tableau 4 :

Niveau scolaire	Effectif	Fréquence
Illettrés	7	20%
Primaires	17	48,56%
Secondaires	8	22,86%
Supérieurs	3	8,58%
Total	35	100%

Les primaires prédominent dans ce tableau avec 48,56% soit 17 cas sur 35.

3.3 - Selon le niveau professionnel

Tableau 5 :

Niveau professionnel	Effectif	Fréquence
Ménagères	9	25,73%
Paysans	2	5,72%
Commerçants	1	2,85%
Artisans	2	5,72%
Electriciens	1	2,85%
comptables	1	2,85%
Elèves	15	42,86%
Etudiants	2	5,72%
Chômeurs	2	5,72%
Total	35	100%

Dans ce tableau les élèves et les ménagères prédominent avec respectivement 42,86% (15 cas sur 35) et 25,73% (9 cas sur 35).

4 - La fréquence des tentatives d'autolyse selon le mécanisme.

Tableau 6 : La fréquence en fonction du mécanisme.

Mécanisme	Effectif	Fréquence
Intoxications	33	94,28%
Chute de hauteur	2	5,72%
Total	35	100%

Le mécanisme le plus représenté dans le tableau porte sur les intoxications avec 94,28% (33 cas sur 35) puis les chutes de hauteurs soit 5,72% (2 cas sur 35).

5 - La nature du produit :

Tableau 7 : La fréquence des tentatives d'autolyse selon la nature du produit.

Nature du Produit	Effectif	Fréquence
Substances corrosives	9	27,27%
Des anti-paludéens de synthèse	7	21,21%
Les neuroleptiques	3	9,09%
Les anti-ulcéreux	3	9,09%
Les expectorants	1	3,03%
Les anti-pyretiques	1	3,03%
Les antalgiques	1	3,03%
Les hydrocarbures	4	12,12%
Autres	4	12,12%
Total	33	100%

Les substances corrosives dominent le tableau avec 27,27% (9 cas sur 33) et les produits les moins représentés ont été les expectorants les anti-pyretiques et les hydrocarbures avec chacun 3,03% (1 cas sur 33).

6 - Motif :

Les raisons socio-économiques et les troubles de comportement:

Tableau 8 :

Raisons		Effectif	Fréquence
Socio-économiques	Sentiments	6	17,14%
	Mésententes familiales	21	60%
	Insuffisance de moyens économiques	1	2,86%
Troubles de comportement		7	20%
Total		35	100%

Dans ce tableau les raisons socio-économiques prédominent avec 80% dont 60% pour les mésententes familiales.

7 - Le médicament :

Tableau 13 : La fréquence des tentatives d'autolyse en fonction du médicament.

Médicament	Effectif	Fréquence
Les anti palude synthèse	7	36,85%
Les neuroleptiques	3	15,79%
Les anti-ulcéreux	3	15,79%
Les expectorants	1	5,26%
Les anti-pyretiques	1	5,26%
Les antalgiques	4	21,05%
Total	19	100%

Les anti-paludéens de synthèse sont les plus utilisés dans ce tableau avec 36,85% (7 sur 19), les expectorants et les anti-pyretiques sont les moins utilisés soit 5,26% chacun (1 cas sur 19).

8 - Les signes cliniques :

Tableau 10 : Les signes cliniques observés.

Signes cliniques observés	Effectif	Fréquence
cardio-vasculaires (TA, Pouls)	19	22,35%
respiratoires (Dyspnée)	14	16,47%
neurologiques (Céphalée, agitation, obnubation)	21	24,70%
digestifs (Diarrhées, nausées, vomissements, douleurs, ballonnement)	31	36,47%
Total	85	100%

Dans ce tableau, les signes digestifs sont dominants avec 36,47% (31 cas sur 85); puis viennent les signes neurologiques avec 24,70% (21 cas sur 85), suivis des signes cardio-vasculaires avec 22,35% (19 cas sur 85) et enfin les signes respiratoires avec 16,47% (14 cas sur 85).

9 - L'évolution :

Tableau 11 : L'évolution

Evolution	Effectif	Fréquence
Favorable sans séquelles	27	77,14%
Favorable avec séquelles	5	14,28%
Défavorable (Décès)	3	8,58%
Total	35	100%

L'évolution favorable sans séquelles a été observée dans 77,14% des cas (27 cas sur 35); 14,28% des patients ont évolué favorablement mais avec des séquelles (soit 5 cas sur 35) et 8,58% des patients ont décédés.

10 - Les Séquelles :

Tableau 12 : Fréquence selon les séquelles.

Séquelles	Effectif	Fréquence
Neurologiques (dysphonie)	2	28,57%
Respiratoires (sténose trachéale)	1	14,29%
Digestives (sténose oesophagienne)	2	28,57%
Appareil locomoteur (chéloïde de la cuisse droite)	2	28,57%
Total	7	100%

Dans ce tableau les séquelles les plus fréquemment retrouvées ont été surtout neurologiques, digestives et surtout sur l'appareil locomoteur avec 28,57% dans chacun des cas (2 cas sur 7 chacun). Les séquelles respiratoires ont fait 14,29% (soit 1 cas sur 7).

11 - La durée du séjour

Tableau 13 :Fréquence selon la durée du séjour.

Durée du séjour	Effectif	Fréquence
0 à 1 jour	19	54,28%
2 jour à 3 jours	13	37,14%
4 jours et plus	3	8,58%
Total	35	100%

Dans ce tableau 54,28% (19 cas sur 35) des patients ont fait un séjour de 0 à 1 jour et occupent la première place suivi des patients ayant fait une durée de 2 à 3 jours avec 37,14% (13 cas sur 35) et en dernière position les patients ayant séjourné 4 jours et plus soit 8,58% (3 cas sur 35).

Commentaire
et
Discussion

Commentaire et discussion

1 - Commentaire général :

Notre travail a porté sur 35 cas de tentatives d'autolyse de Janvier 1998 à Septembre 1998. Cet échantillonnage a été limité au District de Bamako. Deux mécanismes ont été essentiellement enregistrés : Les intoxications volontaires et les chutes de hauteur.

Pour la prise en charge de ces patients nous avons rencontré certaines difficultés telles que la nature ou la quantité des produits administrés par certains.

La majorité de nos patients soit 94,28% ont utilisé les intoxications volontaires et 5,72% sont des chutes de hauteur.

Toute fois la pratique de certains examens complémentaires nous a posé des problèmes. Par ailleurs ils témoignent des difficultés que nous avons rencontrées dans l'élaboration de ce travail.

Nous étions dans l'impossibilité de doser les toxiques suspectés dans le sang et dans les urines à cause du manque de moyens logistiques.

Le problème de coopération avec certains malades ou leur entourage.

2- Commentaire et discussion

2-1- La fréquence :

Les tentatives d'autolyse deviennent de plus en plus fréquentes en pathologie d'urgence. En effet elles ont occupé 1,95% de l'ensemble de nos hospitalisés au cours de la période d'étude.

Par contre à Srilanka Gunawardana RH et Abeywarnal ont trouvé en Mars 1997 une fréquence de 10,92% de tous les admis du département d'anesthésiologie de la faculté de médecine sur période de 12 mois.

Aux U.S.A en Février 1997 Klein Swartz Wet Smith GS ont trouvé 28% sur une période de six (6) ans de tous les admis à Maryland Poison center.

Dans notre série ce -ci s'explique par le faible échantillonnage mais aussi tous les cas ne sont pas pris par le service des urgences de l'H.G.T.

2-2- La répartition des tentatives d'autolyse :

2-2-1- Selon le sexe : (Tableau 1)

Dans notre étude nous avons une prédominance féminine soit 62,86% sur le sexe masculin soit 37,14%. Soit un sexe ratio de 1/2.

En Irlande Casbey SH et Carson DJ ont trouvé également en 1996 une prédominance féminine soit 58,4%.

Ce-ci peut s'expliquer par le fait que la cellule familiale dans les villes étant éclatée et la prise en main des enfants posant des problèmes on assiste de plus en plus à l'émergence des filles mères. Cet état de fait les expose donc à de nombreux problèmes dont les solutions souvent dramatiques.

2-2-2- Selon l'âge : (Tableau 2)

L'âge constitue le facteur important dans une étude épidémiologique. Dans notre service, nous remarquons que la plupart sont dans la tranche d'âge 16 ans - 12 ans (14 cas sur 35 cas). Il apparaît qu'aux U.S.A Klein Swartz et W.Smith GS avaient trouvé en 1997 que les intoxications volontaires s'observaient beaucoup plus chez les personnes âgées de 80 ans et plus.

Erickson T. Browx K.M WiGDER et Gillepsie M ont montré à Chicago en 1996 que les empoisonnements volontaires étaient chez les sujets âgés de 70 ans à 75 ans.

Dans notre série il s'agit d'un groupe confronté à des problèmes brûlants: Incertitude, déception, et les difficultés de la puberté

2-2-3- Selon le mécanisme : (Tableau)

Les intoxications ont représenté 94,28% (33 cas sur 35) et les chutes de hauteur 5,72% (2 cas 35).

En Angleterre Jonh.T et William G. H dans leur Etude sur une période de 12 semaines en 1994 ont montré que 73% des patients étaient admis pour empoisonnement volontaire.

En France les intoxications prédominent avec 90% selon une étude menée par David. P en 1993.

Ce-ci est dû à la facilité d'obtention des produits en cause mais aussi par le développement de l'auto-médication dans nos régions.

2-2-4- Selon la nature du produit : (Tableau 7) :

Les substances corrosives (potasse) viennent en première position avec 27,27% (9 cas sur 33).

Aux U.S.A Klein Swartz et W.Smith dans cette série ont montré que les pesticides et les insecticides justifiaient 72% des cas rencontrés dans les centres de poison en 1994.

Par contre en France les tranquillisants occupent 89% dans ce domaine selon une étude menée en 1995 par Jean P. Et Claud B.D.

Ce-ci s'explique par le fait que c'est le produit le moins cher et le plus accessibles par les ménagères.

2-2-5- Selon le niveaux de vie :

2-2-5-1-Selon le niveau socio-économique : (Tableau 3)

Les sujets à revenus bas sont surtout victimes de tentatives d'autolyse soit 51,42% (12 cas sur 35).

Aux U.S.A en Mars 1996 Howell M.A et Grely ont observé le phénomène surtout chez les personnes à revenus élevés.

Cela est dû au fait que l'individu par manque de moyens économiques dans la société Africaine désespère car cet esprit de solidarité qui était symbole de soutien a disparu ou presque de nos jours.

2-2-5-2- Selon le niveau de vie professionnelle : (Tableau 5)

Les élèves et les ménagères sont surtout les principales victimes des tentatives d'autolyse avec respectivement 42,86% (15 cas sur 35) et 25,73% (9 cas sur 35).

Quand au second cas, le phénomène est lié aux problèmes d'ordre conjugal d'une part et d'autre par aux problèmes familiaux.

En Angleterre Roth A.J et Breit Bart Wout observé ce fléau surtout chez les chômeurs avec une fréquence de 34% en 1995.

A New York Sater N. Et constantino J.N ont Observé le phénomène en Février 1998 surtout chez les élèves.

Dans le premier cas de figure ce-ci s'explique par le fait que ce groupe traverse une période de crise pubertaire.

2-2-6- Selon le médicament : (Tableau 9)

Les antipaludéens de synthèse sont les plus utilisés avec 36,85% (7 cas sur 19).

Cependant en Irlande, Cosby SH et Carson DJ ont trouvé en 1997 que les produits chimiques d'origine agricole étaient surtout les plus sollicités.

Cela s'explique par la facilité d'acquisition du produit sans ordonnance mais aussi par son moindre coût.

2-2-7- Selon les raisons (motif) :

Selon les raisons socio-économiques : (Tableau 8)

Les mésententes familiales constituent les principales raisons avec 60% (21 cas sur 35).

Cependant une étude récente menée en 1995 par Roth A.J et Biert Kart W. aux Etats Unis a montré que les principales raisons des suicides étaient dues à des Insuffisances économiques

Ce-ci s'explique par le fait que nous vivons dans une société où chacun des membres de la famille est soutenu par les autres en toutes circonstances. Dès que ce soutien moral et économique fait défaut, la déception et l'incertitude de l'avenir dominent le sujet.

2-2-8- Selon les signes cliniques observés : (Tableau 10)

Les troubles digestifs sont dominants avec 36,47% (31 sur 85) puis viennent les troubles neurologiques avec 24,70% (21 sur 85) suivis des troubles cardio-vasculaires avec 22,35% (19 sur 85) et enfin les troubles respiratoires avec 16,47% (14 sur 85).

D'autre part les substances corrosives contre indiquant le lavage gastrique fait que les troubles et brûlures oro-pharyngées et gastriques, des vomissements, hyperdiabarrhée par fois associée à une diarrhée.

Les signes neurologiques observés sont surtout l'obnubilation, l'agitation et l'hypotonie généralisée.

Les troubles cardio-vasculaires sont à type de baisse de T.A tachycardie.

Les troubles respiratoires sont essentiellement : Tachypnée (inspiratoire). Un syndrome de Mendelson peut compliquer le tableau.

Ce-ci s'explique par le fait que les cas d'intoxications que nous avons reçus étaient tous des ingestions de produits donc il va s'en dire que le tube digestif soit le plus exposé aux effets de ce produits.

2-2-9- La prise en charge :

Cette prise en charge à porté sur deux volet : les intoxications et les chutes de hauteur.

2-2-9-1- Les Intoxications :

Ici la prise en charge a été faite en fonction du ou des produits ingérés.

2-2-9-1-1- Les intoxications d'origines médicamenteuse :

L'approche thérapeutique a comporté trois composantes complémentaires :

- Le traitement symptomatique
- Le traitement évacuateur
- Le traitement spécifique

a)- Le traitement symptomatique a porté sur :

- Les détresses respiratoires provoquées par les toxiques : la mise en position latérale de sécurité du malade, l'intubation, la ventilation artificielle, la

corticothérapie.

- Les troubles cardio-circulatoires : Au nombre de deux :
 - Les troubles hémodynamiques : On a utilisé essentiellement les solutés de réruptissages (Ringer lactate, sérum salé) et les médicaments à effet inotrope positif;
 - Les troubles du rythme cardiaque : Consiste à la correction de l'hypoxie, de l'acidose et à réchauffer le malade
- Les troubles digestifs : Le traitement a consisté : le lavage gastrique, l'administration d'anti-spasmodique, d'antidote spécifique ou du charbon végétal activé.
- Les troubles neurologiques : Administrations de vitamines neurotropes oxygénothérapie.
- Les troubles rénaux : Essentiellement la correction de l'hypovolemie et à faire une épuration rénale.

b)- Le traitement évacuateur :

- Evacuation gastrique par lavage gastrique soit par vomissement à l'eau tiède soit par purgation à l'aide du Manitol à 25%
- Evacuation cutanée par lavage à grande eau.
- Evacuation par voie pulmonaire à l'aide de l'oxyde de carbone ou les solvants.
- Evacuation rénale par diurèse osmotique alcaline (glucose 5%) alterné avec bicarbonate à 14% , 6 l/j barbituriques, les salicilés) soit par diurèse saline (serum salé)

c)- Le traitement spécifique : Nécessite la connaissance de la nature des produits en cause car certains peuvent avoir des antidotes.

2-2-9-1-2- Les intoxications dûes aux substances corrosives :

Cette prise en charge compte deux aspects :

- a)- Ce qu'il ne faut pas faire :
- Ne rien donner par la bouche,
 - Ne pas faire vomir,
 - Ne pas mettre de sonde naso-gastrique,
 - Ne pas faire un lavage gastrique,
 - Ne pas donner de neutralisants.

b)- Ce qu'il faut faire :

- Nettoyer la bouche,
- Laver abondamment le revêtement cutané à l'eau,
- Poser une voie veineuse,
- Imposer un jeûn strict au malade,
- Calmer le malade.

A ce niveau les malades ont reçu un traitement par voie parentérale à base d'antalgiques, de corticoïdes, macromolécules et polyvitamines.

2-2-9-2- Les chutes de hauteur :

Les deux cas de fracture (l'un au niveau du 1/3 moyen du fémur droit et l'autre au niveau du 1/3 inférieur des os de la jambe gauche) fermée ont reçu un traitement à base d'antalgique, anti-inflammatoire et l'immobilisation provisoire des membres fracturés.

2-2-10- L'évolution :

L'évolution favorable sans séquelles a été observée dans 77,14% (27 cas sur 35) 14,28% (5 cas sur 35) des patients ont eu une évolution favorable mais avec séquelles et 8,58% des patients (3 cas sur 35) sont décédés.

L'évolution favorable sans séquelles observée dans la majorité des cas peut s'expliquer par le fait que tous ces patients ont bénéficié d'une prise en rapide mais aussi dans un délai acceptable entre l'ingestion du produit et l'admission au service des urgences.

L'évolution favorable avec les séquelles s'explique d'une part par le retard acquis avant l'arrivée à l'hôpital mais aussi par la nature du produit ingéré, et de sa quantité. Là, toutes les intoxications ont été dûes aux substances corrosives associées à deux cas de fracture fermée de jambe et fémur suite à une chute de hauteur. En effet ces substances ont la propriété de provoquer des lésions cellulaires à leur contact. C'est pourquoi nous avons observé chez ces patients après la fibroscopie à distance des lésions de l'oro-pharynx, de l'oesophage et de l'estomac. Ces lésions ont engendré la destruction des cordes vocales avec aphonie chez un malade qui s'était intoxiqué à l'acide nitrique avec une quantité indéterminée. Deux cas de sténose oesophagienne ont observés. Les cas de décès observés étaient dûs à l'ingestion de substances corrosives à des doses massives et indéterminées.

2-2-11- Le pronostic :

Le pronostic dépend de la nature de la substance, du délai d'ingestion du produit, de la quantité et de la rapidité de la prise en charge.

**CONCLUSIONS
ET
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSION

Au terme de notre travail, nous pouvons retenir :

- De Janvier 1998 à septembre 1998, nous avons enregistré 33 cas d'intoxication d'origine diverse et 2 cas de chute de hauteur (tous dans un puits).

Dans notre service ce chiffre est assez faible par rapport à l'ensemble des malades hospitalisés soit environ 1,95%.

Il s'agit d'un fléau qui atteint les jeunes dont la problématique de la prise en charge est délicate liée à la difficulté des moyens diagnostics.

Les quantités de produits ingérés parfois difficiles à évaluer ont été très variables.

Parmi les médicaments les anti-paludéens de synthèse ont été prédominants avec 36,84%.

Les cas de décès enregistrés ont été dûs à l'ingestion de substances corrosives à des doses massives et indéterminées.

La consultation chez les psychologues recommandée aux malades à la sortie du service n'a malheureusement pas été faite après vérification auprès du service de psychiatrie du Point G.

LES RECOMMANDATIONS

LES RECOMMANDATIONS

Aujourd'hui nous pensons qu'il est nécessaire d'accorder une grande réflexion au sujet.

Autrement dit sur la base de nos remarques nous souhaiterions les recommandations suivantes :

A - La nécessité de prévention : Faisant appel à :

- 1- L'amélioration du cadre de vie;
- 2- La lutte contre la pauvreté;
- 3- La moralisation de la vie publique.

B - La nécessité d'une meilleure prise en charge :

- 1- Création de laboratoire de toxicologie équipé ou d'un centre anti-poison;
- 2- S.O.S médecins pour la prise en charge précoce;
- 3- Meilleur équipement de nos laboratoires;
- 4- Meilleure formation du personnel des urgences;
- 5- Renforcer la collaboration interdisciplinaire;
- 6- Nécessité de la prise en charge psychologique à la sortie de la réanimation.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1 - BERTRAND (E), COLL

Les Protocoles médicaux

Prise en charge initiale d'un pendu 1995

Chapitre 29

Pages 101 - 105

2 - BONDURANT (A), TRICOCHÉ(R), OFFOUMON, 'DRI (D); KOFFI (K)

Intoxication aiguë à la chloroquine

EMC instantanés médicaux 1980 n°4

Pages 21-23

3 - DARDAINE

Médecine d'urgence

Les intoxications Ed 1990

Chapitre 24

Pages 442-445

4 - DODANG. Q.

Journal de Médecine d'urgence 1987

La fibroscopie bronchique dans les brûlures caustiques des voies aérodigestives.

Pages 392 - 395

**5 - Dr A. CHAMPENOIS; J.Y COQUILLAT; R.DOMERGUE;
F.DUBOULOZ; A. PUGET; P.ROSTINI**

Prise en charge d'une intoxication médicamenteuse

Protocoles médicaux 4^{ème} édition 1992

Chapitre 21

Pages 75 - 79

6 - ERICKSON T. BROWN KM, WEIGDER H., GUEPSIE M

Journal de Médecine d'urgence 1989

Les intoxications dues aux produits caustiques

Chapitre 15

Pages 649 - 652

7 - FISHER RA; ECKHAUSER ML; RADIVOYEVITCH M.

Acid ingestion in an experimental model

Surg gynécol obstet

1985; 161 (1)

Pages 91 - 99

8 - F.J.BAUD; P TABOULET

Conduite à tenir devant une intoxication
Urgences médico-chirurgicales de l'adulte
Ed 1995 Pages 700 - 704

9 - FOURNIER

Guide pratique des intoxications
Paris Ed Heures de France 1997
Pages 783 - 785

10 - GOLDMANL. P; WEIGERT J.M

Corrosive substance ingestion : a review am J Gastro enterol
Ed 1984
Chapitre 79
Pages 85 - 90

11 - GOSSOT.D; TAGNY G; SARFETI .E; CELERIER.M.

Les lésions digestives provoquées par l'ingestion d'ammoniaque
clin Biol 1990
Chapitre 14
Pages 191 - 192

12 - GUMAST VV; DAVE PB

Ingestion of corrosive substances by adults
Am J.Gastroenterol 1992
Chapitre 87
Pages 1 - 5

13 - GUNAWARDANA RH; abeywarnal

Soins intensifs suite à une tentative de suicide
Journal médical de Gylon
Ed 1987
Chapitre 42
Pages 18 - 20

14 - JACOB; RABARYO; BOUDAUD.S ETAL.

Usefulness of périopérative pulsed Doppler flow metry in predicting post operative
local ischemic complication iléocolic esophagoplasty.
Surg 1992; 104 (6); P 385 - 390

15 - J.P CHARPENTIER; R.PETROGUANI

Pendaison
Anesthesie-réanimation chirurgicale, deuxième édition 1995
Chapitre 170
Pages 1675 - 1677

16 - KARA SOUNDIAGAUSSE

Etude statistique des intoxications aiguës du point de vue hospitalier thèse de réanimation n°41
Dakar 1984

17 - KLEIN CHWARTZ; W. SMITHG.S

Empoisonnement par produits chimiques d'origine agricole
Annales des urgences de Médecine 29 (2); 1997 Février
Page 232 - 238

18 - LALERIER M.

Médecine de l'Afrique noire
Les premiers gestes d'urgence devant une oesophagite caustique de l'adulte. RevPrat
Paris 1988
Chapitre 35
Pages 7 - 10

19 - L.RONCHI; M.GAUTRON

Noyade chapitre 168
Anesthésie réanimation chirurgicale deuxième édition 1995
Pages 1666 - 1670

20 - MARIE J.P; DEHENSIN.D

Sténose caustique de l'oesophage
Rev. Prat Paris 1992
Chapitre 42
Pages 735 - 739

21 - M.SZMAJER; D.JANNIERE

Urgences médico-chirurgicales de l'adulte
Ed 1995
Pendaison
Pages 654 - 656

22 - OPKINS RA; POSTLETHWAIT

Caustic burns and carcinoma of the esophagus
Ann Surg; 1981; 194
Pages 146 - 148

23 - PAILLET.R

Conduite à tenir de vant une intoxication à la chloroquine
Ed 1991
Médecine de l'Afrique noire
Pages 50 - 66

24 - Paris Elammarion

Médecine chirurgicale

Comment traiter les intoxications aiguës 1990

Chapitre 43

Pages 188 - 189

25 - RABARYO; JADATR; FALMAN .H; EURIN.B

Les urgences en pratique courante.

Réanimation et anesthésie des malades atteints de brûlures caustiques du tube digestif au cours des premiers jours

Paris 1987

Pages 373 - 388

26 - SAEFATIE; CELERIEER.M.

Ingestion de produits caustiques chez l'adulte; conduite à tenir en urgence. Encycl Med. Chir

Paris, Elsevier 1990

Pages 3 - 5

27 - SIGNORET (C); MALIZIA

Protocoles médicaux

Intoxication aiguë par la chloroquine

Ed 1984

Chapitre 28

Pages 809 - 811

28 - SUPPL.CONC Med;

Les urgences

Notions pratiques sur les intoxications aiguës par les médicaments

Ed 1988

Chapitre 47

Pages 348 - 353

29 - WIGDER.H. P.POSTINI

Conduite à tenir devant les lésions digestives après ingestion de caustiques.

Ann chir 1984

Chapitre 38

Pages 651 - 658.

ANNEXES

LES TENTATIVES D'AUTOLYSE

HOPITAL NATIONAL GABRIEL TOURE

SERVICE DES URGENCES

A - IDENTITE DU MALADE :

Nom : Age :
Prénom : Profession :
Sexe : Adresse (quartier - s/c) :

B - MOYENS UTILISES :

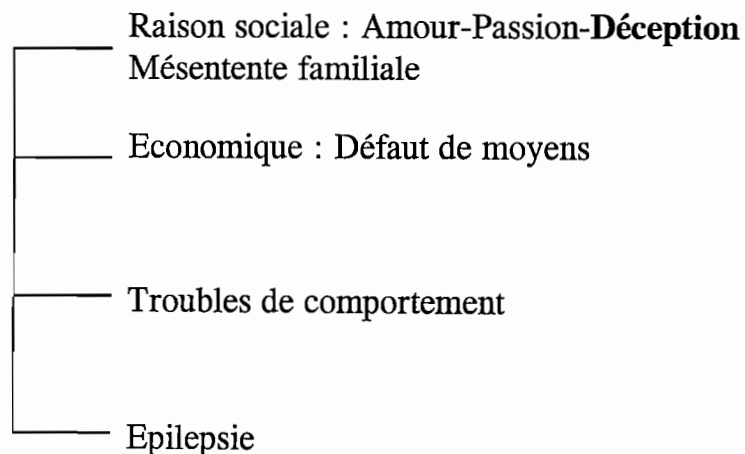
I - Médicamenteux :

- 1)- Présentation
- 2)- Nature :
- 3)- Quantité
- 4)- Heure d'injection

II - Autres

- * - Noyade
- * - Usage d'arme à feu
- * - Pendaison
- * - Chute d'une hauteur

C/ a) - MOTIF



b) ANTECEDENTS

- Personnels
- Familiaux
- Chirurgicaux
- Médicaux

RESUME

RESUME

Nom : TRAORE

Prénom : Oumar

Année Universitaire : 1997 - 1998

Titre de la Thèse : “ Etude Epidémiologique des tentatives d'autolyse dans le District de Bamako au service des urgences de l'hôpital National Gabriel Touré à propos de 35 cas.”

Ville d'origine : Segou

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la F. M. P. O. S.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective de 9 mois portant sur 35 cas de tentatives d'autolyse en insistant sur tout sur :

- La fréquence générale par rapport aux affections du service des urgences,
- La fréquence des mécanismes les uns par rapport aux autres,
- Le pronostic et les facteurs pronostiques,
- Le diagnostique en urgence,
- La prise en charge d'urgence,
- Les recommandations visant à améliorer le pronostic vital.

En résumé, il est à noter que les tentatives d'autolyse occupent de nos jours une place importante au service des urgences. Elles viennent en troisième place après les affections traumatologiques et les brûlures thermiques.

Les intoxications volontaires et particulièrement les intoxications aux substances corrosives viennent en tête devant les chutes de hauteur.

D'autres causes bien rares ne sont pas exceptionnelles : la pendaison et la noyade, l'usage d'armes à feu ou l'usage d'armes blanches.

Le taux de létalité et de morbidité reste encore élevé à cause du retard de consultation d'une part et d'autre part du manque d'équipement de nos laboratoires pour un diagnostic rapide et de nos services pour une réanimation digne de ce nom.

A signaler que la consultation psychiatrique recommandée aux patients après la réanimation n'a pas été faite après vérification auprès du service de Psychiatrie de Point G.

Nos recommandations visent à :

- Assurer une bonne connaissance des tentatives d'autolyse par le personnel sanitaire,
- Sensibiliser la population de la nécessité de la consultation psychiatrique après la réanimation,
- Améliorer la prise en charge par la mise en place d'une unité de soins intensifs.

MOTS CLES

Urgences - Tentatives d'Autolyse - Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'Effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque