

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

FMOS

Année universitaire : 2020 - 2021

Thèse N° :/.....

THESE

**Aspects épidémiologiques, cliniques et
thérapeutiques des intoxications aiguës au service
d'accueil des urgences du centre hospitalier
universitaire du Gabriel Touré**

Présentée et soutenue publiquement le.... /.... / 2021 devant la Faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie par :

M. Ousmane N'DIAYE

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Djibo Mahamane DIANGO
Membre : Dr. Siriman Abdoulaye KOÏTA
Co-directeur : Dr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE
Directeur : Pr. Aladji Seidou DEMBELE

ADMINISTRATION

DOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE**- MAITRE-ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** – INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr Yaya FOFANA	Hématologie
2. Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
3. Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
4. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
5. Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
6. Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
8. Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
9. Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
10. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
11. Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
12. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
13. Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
14. Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
15. Mr Issa TRAORE	Radiologie
16. Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
17. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
18. Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
19. Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
20. Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
21. Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
22. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
23. Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
24. Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
25. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
26. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
27. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
28. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
29. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
30. Mr Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
31. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
32. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
33. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
34. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
35. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
36. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
37. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
38. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
39. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
40. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
41. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
42. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
43. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
44. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
45. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
46. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
47. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
48. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie Obstétrique
49. Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

50. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
52. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
53. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
54. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
55. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
56. Mr Mamadou SOUNCALO TRAORE	Santé Publique
57. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
58. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
59. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
60. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
61. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynécologie Obstétrique
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
3. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
4. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
5. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
6. Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
7. Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
8. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et chirurgie cervico-faciale, Chef de D.E.R
9. Mr Aly TEMBELY	Urologie
10. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
11. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
12. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
13. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

- | | |
|------------------------|----------------|
| 14. Mr Drissa KANIKOMO | Neurochirurgie |
| 15. Mr Oumar DIALLO | Neurochirurgie |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Mr Tiéman COULIBALY | Orthopédie Traumatologie |
| 2. Mme Diénéba DOUMBIA | Anesthésie-Réanimation |
| 3. Mr Mohamed KEITA | Anesthésie-Réanimation |
| 4. Mr Broulaye Massaulé SAMAKE | Anesthésie-Réanimation |
| 5. Mr Nouhoum DIANI | Anesthésie-Réanimation |
| 6. Mr Lamine TRAORE | Ophthalmologie |
| 7. Mr Niani MOUNKORO | Gynécologie /Obstétrique |
| 8. Mr Ibrahima TEGUETE | Gynécologie/ Obstétrique |
| 9. Mr Youssouf TRAORE | Gynécologie /Obstétrique |
| 10. Mr Zanafon OUATTARA | Urologie |
| 11. Mr Mamadou Lamine DIAKITE | Urologie |
| 12. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE | Urologie |
| 13. Mr Hamady TRAORE | Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale |
| 14. Mr Boubacar BA | Odontostomatologie |
| 15. Mr Lassana KANTE | Chirurgie Générale |
| 16. Mr. Drissa TRAORE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Adama Konoba KOITA | Chirurgie Générale |
| 18. Mr Bréhima COULIBALY | Chirurgie Générale |
| 19. Mr Birama TOGOLA | Chirurgie Générale |
| 20. Mr Soumaïla KEITA | Chirurgie Générale |
| 21. Mr Mamby KEITA | Chirurgie Pédiatrique |
| 22. Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| 23. Mme Kadiatou SINGARE | ORL |
| 24. Mr Hamidou Baba SACKO | ORL |
| 25. Mr Seydou TOGO | Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire |
| 26. Mr Aladji Seïdou DEMBELE | Anesthésie-Réanimation |
| 27. Mme Fatoumata SYLLA | Ophthalmologie |
| 28. Mr Tioukany THERA | Gynécologie |

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Youssouf SOW | Chirurgie Générale |
| 2. Mr Koniba KEITA | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Sidiki KEITA | Chirurgie Générale |
| 4. Mr Amadou TRAORE | Chirurgie Viscérale ou générale |
| 5. Mr Bréhima BENGALY | Chirurgie Viscérale ou générale |
| 6. Mr Madiassa KONATE | Chirurgie Viscérale ou générale |
| 7. Mr Sékou Bréhima KOUMARE | Chirurgie Viscérale ou générale |
| 8. Mr Boubacar KAREMBE | Chirurgie Viscérale ou générale |
| 9. Mr Abdoulaye DIARRA | Chirurgie Viscérale ou générale |
| 10. Mr Idrissa TOUNKARA | Chirurgie Viscérale ou générale |
| 11. Mr Ibrahima SANKARE | Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire |
| 12. Mr Abdoul Aziz MAIGA | Chirurgie thoracique |
| 13. Mr Ahmed BA | Chirurgie dentaire |
| 14. Mr Seydou GUEYE | Chirurgie Buccale |
| 15. Mr Issa AMADOU | Chirurgie pédiatrique |
| 16. Mr Mohamed Kassoum DJIRE | Chirurgie pédiatrique |
| 17. Mr Boubacary GUINDO | ORL-CCF |
| 18. Mr Siaka SOUMAORO | ORL |
| 19. Mr Youssouf SIDIBE | ORL |
| 20. Mr Fatogoma Issa KONE | ORL |
| 21. Mme Fadima Koréïssy TALL | Anesthésie Réanimation |
| 22. Mr Seydina Alioune BEYE | Anesthésie Réanimation |
| 23. Mr Hammadoun DICKO | Anesthésie Réanimation |
| 24. Mr Moustapha Issa MANGANE | Anesthésie Réanimation |

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

25. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
26. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
27. Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN	Anesthésie Réanimation
28. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
29. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
30. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
31. Mr. Mahamadou COULIBALY	Anesthésie Réanimation
32. Mr abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
33. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
34. Mme Aïssatou SIMAGA	Ophtalmologie
35. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
36. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
37. Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
38. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
43. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
44. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
45. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
48. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie traumatologie
49. Mr Layes TOURE	Orthopédie traumatologie
50. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie traumatologie
51. Mr Louis TRAORE	Orthopédie traumatologie
52. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
53. Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
54. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
55. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
56. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
57. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
58. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
59. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
60. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie Obstétrique
61. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie Obstétrique
62. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie Obstétrique
63. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie Obstétrique
64. Mr Seydou FANE	Gynécologie Obstétrique
65. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie Obstétrique
66. Mr Ibrahima ousmane KANTE	Gynécologie Obstétrique
67. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie Obstétrique
68. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Ibrahim I. MAIGA | Bactériologie – Virologie |
| 2. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER |
| 3. Mr Bakarou KAMATE | Anatomie Pathologie |
| 4. Mr Mahamadou A. THERA | Parasitologie -Mycologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 2. Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 3. Mr Bakary MAIGA | Immunologie |
| 4. Mme Safiatou NIARE | Parasitologie - Mycologie |
| 5. Mr Karim TRAORE | Parasitologie-mycologie |

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Abdoulaye KONE | Parasitologie - Mycologie |
| 2. Mr Sanou Kho COULIBALY | Toxicologie |
| 3. Mr Mamoudou MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 4. Mme Aminata MAIGA | Bactériologie Virologie |
| 5. Mme Djeneba Bocar FOFANA | Bactériologie Virologie |
| 6. Mr Sidi Boula SISSOKO | Histologie embryologie et cytogénétique |
| 7. Mr Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 8. Mr Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 9. Mr Bourama COULIBALY | Anatomie pathologique |
| 10. Mr Boubacar Sidiki DRAME | Biologie Médicale/Biochimie Clinique |
| 11. Mr Mamadou BA | Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale |
| 12. Mr Moussa FANE | Biologie, Santé Publique, Santé-Environnementale |
| 13. Mr Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| 14. Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique/ Génomique |
| 15. Mr Nouhoum SAKO | Hématologie/Oncologie Cancérologie |
| 16. Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 17. Mr Saidou BALAM | Immunologie |
| 18. Mme Arhamatoulaye MAIGA | Biochimie |
| 19. Mr Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie |
| 20. Mr Modibo SANGARE | Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale |
| 21. Mr Hama Adoulaye DIALLO | Immunologie |

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| 2. Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |
| 3. Mr Yacouba FOFANA | Hématologie |
| 4. Mr Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie |
| 5. Mme Assitan DIAKITE | Biologie |
| 6. Mr Ibrahim KEITA | Biologie Moléculaire |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Siaka SIDIBE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr. Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 5. Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 6. Mr Saharé FONGORO | Néphrologie |
| 7. Mr. Moussa T. DIARRA | Gastro-entérologie – Hépatologie |
| 8. Mr Cheick Oumar GUINTO | Neurologie |
| 9. Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 10. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie |
| 11. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-Phtisiologie Chef de DER |
| 12. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 13. Mme Fatoumata DICKO | |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------|------------------|
| 1. Mr Abdel Kader TRAORE | Médecine Interne |
| 2. Mme KAYA Assétou SOUCKO | Médecine Interne |
| 3. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 5. Mr Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

6. Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
8. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
9. Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
10. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
11. Mr Bah KEITA	Pneumologie-Phtisiologie
12. Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie
13. Mr Mahamadou DIALLO	Radiodiagnostic imagerie médicale
14. Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
4. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
5. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
14. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
16. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
17. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
18. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19. Mme Djenebou TRAORE	Médecine Interne
20. Mr Djibril SY	Médecine Interne
21. Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
22. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
23. Mr Seydou SY	Néphrologie
24. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
25. Mr Massama KONATE	Cardiologie
26. Mr Ibrahima SANGARE	Cardiologie
27. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
28. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
30. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mr Hourouma SOW	Hépatogastro-entérologie
36. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
37. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-entérologie
38. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
39. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
40. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
41. Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
42. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
43. Mr Seydou HASSANE	Neurologie
44. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
45. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
46. Mr Mamadou A. C. CISSE	Médecine d'Urgence
47. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

49. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
52. Mr Siritio BERTHE	Dermatologie
53. Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
54. Mr Yamoussa KARABENTA	Dermatologie
55. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
60. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition
63. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
64. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
67. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
---------------------------	----------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Ethique en santé

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
-----------------------------	-----------------------

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
2. Mr Ousmane LY	Santé Publique
3. Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
4. Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
5. Mr Chieck Abou COULIBALY	Epidémiologie
6. Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale
7. Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
8. Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
9. Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10. Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
2. Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé communautaire
4. Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
6. Mr Yéya dit Sadio SARRO	Epidémiologie
7. Mr Bassirou DIARRA	Recherche Opérationnelle
8. Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
9. Mr Bakary DIARRA	Santé publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
2. Mr Amsalah NIANG	Odonto Préventive et Sociale
3. Mr Souleymane GUINDO	Gestion

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

4. Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
5. Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
6. Mr Alou DIARRA	Cardiologie
7. Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
8. Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
9. Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
10. Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
11. Mr Alassane PEROU	Radiologie
12. Mr Boubacar ZIBEIROU	Physique
13. Mr Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie Organique
14. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
15. Mr Issa COULIBALY	Gestion
16. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
17. Mr Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUTE	Pneumologie-Phtisiologie
20. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
21. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
26. Mr Benoit Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
29. Mr Baba Diallo	Epidémiologie
30. Mr Mamadou WELE	Biochimie
31. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
33. Mr Kassoum KAYENTA	Méthodologie de la recherche
34. Mr Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

Dédicaces et remerciements

Dédicaces

Je dédie cette thèse... ✍

A MES TRES CHERS PARENTS

Les mots sont et seront toujours insignifiants pour vous remercier à la hauteur de vos sacrifices et efforts consentis pour mon bien-être et mon éducation.

En vous, je vois une source d'eau intarissable dans laquelle je ne cesserai de me ressourcer.

A travers votre rigueur dans le travail bien fait, votre générosité, votre courage, je me suis forgé une habitude de vie, qui j'en suis sûr vous en êtes fiers.

Ce travail est le résultat de votre engagement et de vos encouragements à toute épreuve. Par la même occasion je vous réitère et réaffirme ma reconnaissance éternelle et mon amour inconditionnel.

Que le tout puissant vous accorde une longue vie avec une santé de fer et vous accorde ses bienfaits infinis.

Je vous aime.

LOUANGE A ALLAH,

Seigneur de l'univers, le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux, l'omniscient, l'Omnipotent, Maître du jour de la rétribution, Celui qui nous a permis de voir ce jour après tant d'années de durs labeurs et qui nous a accordé la santé pour mener à bien ce travail. Nous rendons également grâce à Son Envoyé bien aimé, le prophète Muhammad paix et salut sur lui.

À mon père Ibrahim N'diaye

Mon idole, ma référence, ta rigueur dans le travail bien fait, tes conseils, ta disponibilité à toute épreuve ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Ce travail est d'abord le tien car n'ayant pas eu la chance d'aller à l'école comme moi, tu t'es battu pour que je sois dans les meilleures conditions possibles afin de réaliser mes rêves. La reconnaissance étant la mémoire du cœur, je t'exprime mes remerciements et ma reconnaissance éternelle. Que Dieu t'accorde une longue vie et une santé de fer afin d'assister à la réussite de tes enfants.

À ma mère Kadidiatou Thiam

Femme africaine, modèle de réussite et de sacrifice, source de motivation et de dévouement, amour respect, persévérance, courage, endurance sont quelques infimes valeurs que tu nous as inculqué toute notre vie. Ta force mentale, sens de partage font de toi mère un livre dont je ne cesserai d'explorer lorsque je me sens perdu. Aucune action, aucune fortune ne sauraient compenser l'amour que tu nous apporté et tous les sacrifices que tu as fait et continues de faire pour nous. Que ce sentiment de redevabilité envers toi soit éternel en moi afin de te rendre la femme la plus heureuse du monde un jour. Longue et heureuse vie à toi je t'aime Maman.

À mes frères et sœurs

Moustapha n'diaye et son épouse Binta Thiam, Youssouf N'diaye, Abdoulaye N'diaye, Souleymane N'diaye, Ishaka N'diaye, Mamadou N'diaye et Djeneba N'diaye ma vie n'aura pas de sens sans vous. Mon souci, mon souhait est de ne pas vous décevoir et que vous soyez fiers de moi. Votre amour, votre assistance morale et matérielle, vos conseils et suggestions, ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez dans ce modeste travail l'expression de mon indéfectible attachement fraternel.

À mes oncles : Souffrez d'avoir tu vos noms.

Recevez ici ma reconnaissance et mon profond respect.

À la mémoire de mon camarade et ami : Bakary Camara

Arraché à notre affection suite à un tragique accident de route, tu nous as beaucoup séduits par ta combativité, ta générosité et ton sens élevé de l'humanisme. Dors en paix cher camarade.

Remerciements

À mes maîtres Pr Diango chef du département, Dr Maiga chef de la régulation médicale et Dr Magane chef du bloc opératoire

Votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, votre esprit scientifique, votre compétence, votre simplicité, m'ont émerveillé durant mon séjour au service des urgences.

A l'ombre de vos pas, j'ai appris l'art d'exercer la science médicale.

Puisse ce travail me permettre de vous témoigner toute ma reconnaissance, mon profond respect et mon attachement fidèle.

Aux nouveaux médecins anesthésistes-réanimateurs du service : Dr Gamby, Dr Soumaré, Dr Sanogo et Dr Adama coulibaly

Veillez accepter mes vifs et sincères remerciements pour votre disponibilité et la qualité de l'encadrement reçu.

À tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie,

Au personnel du service des urgences du CHU-Gabriel Touré Merci pour votre étroite et franche collaboration.

À mes promotionnaires du service : Aboubacar Diall, Brehima sangare, Koudeidia Boundy, Sidiki Diawara, Amadou Camara, Ababacar Haidara, Wakery Doucoure, Mohamed Samake, Saddam Abderrahmane, Souleymane Sangare, Bengaly

En souvenir des bons moments passés ensemble. Merci pour votre complicité et franche collaboration.

À nos collègues internes de la réanimation en souvenir de cette compétitivité entre les internes au staff, trouvez ce travail le vôtre.

À mes très chers amis du temple de la sagesse : El-hadj Mahamane Maiga, El-hadj baba Cissé, Abderrahmane Cissé, Dr Amadou Bassoum, Sidiki Diawara, cheik Oumar coulibaly, Issaka Sacko, Dr Bakaina, Ben Kathrino, Kaou Bathily, Alou Keita, Moussa Konate, Mohamed Sylla, Bakary coulibaly, Hamidou Diepkilé, Yekegnou dit Zoom, Mamadou soumare dit Hippocrate

Je ne pourrai suffisamment vous remercier pour les services rendus, trouvez ce travail le vôtre.

À tous ceux qui de près ou de loin ont pris part à la réalisation de ce travail

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury

Professeur Diango Djibo Mahamane

- ↪ Médecin anesthésiste-réanimateur et urgentiste
- ↪ Professeur titulaire à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- ↪ Praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré
- ↪ Chef du département d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel Touré (DARMU)
- ↪ Chef du service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré
- ↪ Spécialiste en pédagogie médicale
- ↪ Secrétaire général de société d'Anesthésiste-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-MALI)
- ↪ Vice-secrétaire général de la Société Africaine des Brûlés
- ↪ Membre de la société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)
- ↪ Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)
- ↪ Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation
- ↪ Chevalier de l'ordre du Mérite de la santé

Cher maître,

Nous vous remercions de nous avoir accepté dans votre service, confié ce travail et accepté sa direction. Vous nous avez séduits par votre grande compétence, votre disponibilité à transmettre vos enseignements, vos qualités de pédagogue et votre amour qui crée une ambiance de travail toujours agréable autour de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation, de notre réussite, vous nous avez transmis l'amour de la profession. A l'ombre de vos pas, nous avons appris l'art d'exercer la science médicale.

Que Dieu le tout Puissant vous accorde longue vie afin que d'autres générations puissent profiter de l'immensité de votre savoir. Veuillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Aladji Seidou Dembele

- ↪ Médecin Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- ↪ Maître de conférences agrégé à la FMOS
- ↪ Praticien hospitalier au CHU de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA)
- ↪ Chef de service d'Anesthésie au CHU IOTA
- ↪ Trésorier de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-MALI)
- ↪ Trésorier de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)
- ↪ Membre de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)
- ↪ Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et de Réanimation
- ↪ Secrétaire général du comité SNESUP FMOS/FAPH

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre sensibilité sociale, votre large connaissance scientifique, votre savoir-faire et votre disponibilité font de vous un praticien admiré et respecté de tous. Veuillez recevoir ici, cher Maître le témoignage de notre profonde reconnaissance. Que Dieu le tout puissant vous donne une longue vie

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

À notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Abdoul Hamidou Almeimoune

- ↪ Médecin anesthésiste-réanimateur
- ↪ Ancien interne des hôpitaux du Mali
- ↪ Chef de service de la régulation médicale au CHU Gabriel Touré
- ↪ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ↪ Maître-assistant à la FMOS
- ↪ DFMSA
- ↪ DIU en pédagogie médicale
- ↪ DIU des techniques ultrasoniques en Anesthésie-Réanimation et Médecine Critique
- ↪ Certificat en lecture critique d'articles scientifiques
- ↪ Membre de la SARMU-Mali
- ↪ Membre de la SARAF
- ↪ Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)
- ↪ Membre de l'European society of anesthesiology (ESA)
- ↪ Membre de la Fédération Mondiale des sociétés d'Anesthésie et de Réanimation (WAFSA)

Cher maître,

Vous nous avez impressionné par vos qualités professionnelles et intellectuelles, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre compréhension, votre courtoisie et surtout vos qualités humaines font de vous un maître de référence. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici, cher maître, nos sincères remerciements.

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

À notre Maître et Juge

Docteur Koita Siriman Abdoulaye

- ↳ Médecin anesthésiste-Réanimateur
- ↳ Praticien hospitalier au centre de chirurgie cardiaque André Festoc du CHU Mère-Enfant Luxembourg du Mali
- ↳ Maître-assistant à la FMOS
- ↳ Membre de la SARMU-MALI
- ↳ Membre de la SARAF
- ↳ Membre de la Fédération Mondiale des sociétés d'Anesthésie et de Réanimation (WAFSA)

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, ce qui nous offre l'opportunité de vous exprimer notre profonde admiration et notre profonde gratitude. Veuillez accepter cher Maître, l'expression de notre admiration et nos vifs remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdiens
BAL	: Bristisch anti lewisite (2, 3, demercopho propariol)
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CO	: Monoxyde de carbone
DDT	: Dichloro diphényl trichloro éthane
DL	: Dose létale
EDTA	: Ethylène diamine tetracétique acide (acide edetique)
Fe	: Fer
G	: Gramme
HCL	: Acide chlorhydrique
IM	: Intramusculaire
IA	: Intoxication aiguë IV : Intraveineuse
O₂	: Oxygène
OHB	: Oxygénation Hyperbare
Pb	: Plomb
Ttt	: Traitement
HGT	: Hôpital Gabriel Touré

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste de figures

Figure 1 : Antécédent des patients	43
Figure 2 : Traitement spécifique	48
Figure 3 : Évolution	49
Figure 4 : Complications.....	49

Liste de tableaux

Tableau I : Principaux antidotes utilisés dans les intoxications aiguës.....	17
Tableau II : âge des patients	41
Tableau III : Sexe des patients	41
Tableau IV : Profession des patients.....	42
Tableau V : domicile des patients.....	42
Tableau VI : provenance des patients.....	42
Tableau VII : lieu d'intoxication des patients.....	43
Tableau VIII : voie d'intoxication	44
Tableau IX : circonstances d'intoxication	44
Tableau X : type d'intoxication	44
Tableau XI : intoxications selon la classe pharmaceutique	45
Tableau XII : intoxications selon la nature du produit industriel	45
Tableau XIII : signes cliniques	46
Tableau XIV : intoxications selon les troubles neurologiques	46
Tableau XV : intoxications selon les troubles digestifs.....	47
Tableau XVI : intoxications selon les troubles respiratoires.....	47
Tableau XVII : intoxications selon les troubles cardiovasculaires	47
Tableau XVIII : Bilan d'investigation des défaillances d'organe	50
Tableau XIX : évolution des intoxications selon la circonstance	50
Tableau XX : évolution des cas d'intoxication selon la voie d'absorption de toxique	50

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
GÉNÉRALITÉS	4
1. Définition	4
2. Épidémiologie	4
3. Types d'intoxication.....	4
4. Mécanisme des intoxications	5
5. Voies de pénétration des toxiques.....	7
6. Substances en cause des intoxications.....	7
7. Conduite à tenir devant une intoxication	8
7.1. Symptômes	8
7.2. Diagnostic positif.....	11
7.3. Prise en charge initiale.....	12
8. Étude des intoxications aiguës les plus fréquentes	18
8.1. Intoxications alimentaires.....	18
8.2. Intoxications médicamenteuses	19
METHODOLOGIE.....	36
1. Cadre d'étude	36
2. Type d'étude.....	37
3. Période d'étude	38
4. Echantillonnage	Erreur ! Signet non défini.
RESULTATS	41
1. Fréquence globale :	41
2. Caractéristiques de la population intoxiquée	41
3. Caractéristiques des intoxications aiguës :	43
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	51
1. Données épidémiologiques	51
2. Circonstances des intoxications	54
3. Nature du produit.....	54
4. Voie d'administration	55

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

5.	Selon la clinique	55
6.	Geste thérapeutique.....	55
7.	Évolution.....	56
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS		57
	Conclusion	57
	Recommandations.....	58
RÉFÉRENCES		60
ANNEXES		63
	Fiche d'enquête	63
	Fiche signalétique	66
	Serment d'Hippocrate	67

INTRODUCTION

L'intoxication est définie comme la survenue de tout effet toxique pour l'homme faisant suite à une exposition unique ou répétée à un mélange ou une substance naturelle ou de synthèse, disponible sur le marché ou présent dans l'environnement [1]. Celui-ci peut survenir dans un délai plus ou moins important selon le type de toxique, le niveau et la voie d'exposition (toxicité aiguë ou chronique).

En 2013 l'OMS estimait que 30 000 personnes mourraient chaque année des suites d'une intoxication [2]. La majorité de ces décès surviennent dans les pays à revenus faibles et intermédiaires et sont liés à des intoxications volontaires aux pesticides [3]. Dans les pays développés les médicaments constituent la principale cause de décès par intoxication bien que les intoxications aux pesticides aient également lieu.

Les manipulations sans cesse des produits chimiques potentiellement toxiques d'origine naturelle ou synthétique dans les domaines industriels, agricoles, domestiques et pharmaceutiques ont amené l'omniprésence incontournable du risque toxique comparable aux endémies microbiennes des temps passés. Ce risque est quotidiennement concrétisé par la survenue d'intoxications aiguës ou chroniques. Les intoxications aiguës accidentelles ou involontaires ont été la première cause d'admission hospitalière dans les pays développés et la seconde cause de mort brutale dans les pays en voie de développement après celle des accidents de la voie publique [4]. Des études conduites dans le service par Dumbia Z [5], Drame [6] et Issa Maiga [7] avaient fait certes une estimation de l'incidence des intoxications aiguës mais elles n'avaient pas permis de déterminer le profil précis.

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

Ces dernières décennies le profil des intoxications a évolué, autant sur le plan épidémiologique que thérapeutique. Cette étude a pour objectif de faire un point sur les aspects de l'épidémiologie, de la clinique et de la thérapeutique des intoxications aiguës dans le service d'accueil des urgences du CHU GT. A cet effet nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

I. OBJECTIFS

1- Objectif général :

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës dans le service d'accueil des urgences du CHU GT.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer les profils sociodémographiques et épidémiologiques des I.A
- Décrire les principaux signes cliniques présentés par les patients au cours des I.A,
- Identifier les causes d'intoxications aiguës, les motifs et circonstances de survenue,
- Décrire les aspects thérapeutiques des intoxications et évolutifs.

II. GÉNÉRALITÉS

1. Définition

Une intoxication est l'ensemble des troubles engendrés par l'introduction d'un produit à dose toxique dans l'organisme. Elle peut être aiguë (accumulation spontanée de poison dans l'organisme) ou chronique (consécutives à l'exposition répétée pendant une longue période à un toxique [8]).

2. Épidémiologie

En 2004, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a enregistré 345814 cas de décès par intoxication dans le monde, soit 4,5 décès pour 100000 habitants [9].

À Bamako, Diallo et al. (2012) ont trouvé que 37% des intoxications étaient volontaires [10]. Au Maroc, les intoxications volontaires représentent 26,4% de l'ensemble des intoxications. Au centre antipoison du Québec entre 1989 et 2007, les appels téléphoniques pour intoxication de type volontaire ont représenté 15,6% de l'ensemble des intoxications [11]. En 2006, les centres antipoison et de toxicovigilance en France ont enregistré une fréquence de 15,7% [12]. Traoré [13] trouve 12% des cas d'intoxications aiguës avec 63,5% d'origine médicamenteuse. Elle peut être volontaire (tentative de suicide) ou accidentelle. Ceci s'explique par le fait que les produits sont laissés à la portée des mains (cas de l'enfant) ou une escalade thérapeutique ou encore une prescription inappropriée.

3. Types d'intoxication

3.1. Intoxications volontaires

Elles surviennent dans un but d'autolyse ou criminel (avortement provoqué, infanticides, etc.)

3.2. Intoxications accidentelles ou involontaires

Elles sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte. Les causes sont multiples, à savoir : la méconnaissance de la nature du produit, les troubles mentaux, les erreurs thérapeutiques, la négligence ou le manque d'attention des parents, le transvasement des médicaments dans des récipients à usage domestique.

4. Mécanisme des intoxications

- Endogène : dû à l'intoxication par les substances produites par l'organisme, soit par des germes vivants, soit par l'organisme lui-même (déchets de la nutrition)
- Exogène : l'intoxication se fait par des substances produites en dehors de l'organisme, tels que les plantes, les médicaments, les venins etc.

Classiquement on distingue deux groupes d'intoxications : les intoxications aiguës et les intoxications chroniques :

- L'intoxication aiguë : est due à une exposition massive de courte durée. Les manifestations pathologiques résultent de l'absorption spontanée du toxique dans l'organisme.
- L'intoxication chronique : elle est consécutive à l'exposition répétée pendant une longue période à un toxique. Les signes cliniques se manifestent soit par ce que le poison s'accumule dans l'organisme c'est-à-dire la quantité éliminée est inférieure à la quantité absorbée. Dans ce cas la concentration du toxique augmente progressivement jusqu'à l'obtention d'une concentration suffisante pour engendrer des manifestations cliniques. Soit par ce que les effets engendrés par l'exposition répétée s'additionnent sans que le toxique ne s'accumule dans l'organisme.

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

5. Voies de pénétration des toxiques

- La voie pulmonaire : ce mécanisme se voit dans les intoxications par inhalation de gaz, de poussière, de vapeur toxique. Exemple : monoxyde de carbone. Le passage du toxique dans le sang est très rapide et rend cette intoxication foudroyante.
- La voie digestive : par voie orale la vitesse d'absorption dépend du produit en cause, de sa nature : les solutions s'absorbent en général plus rapidement que les formes solides. C'est important pour une éventuelle décision de pratiquer le lavage gastrique. Mais l'absorption est influencée par l'état de réplétion de l'estomac, la nature des aliments qu'il contient avant l'intoxication.
- La voie cutanée : elle comporte plusieurs volets, il peut s'agir
 - D'une pénétration percutanée (brûlure de base, d'acide, contact de poudre),
 - De piqûres d'insectes,
 - De pénétration oculaire.

6. Substances en cause des intoxications

- Les aliments (d'origine animale ou végétale)
- Les médicaments (moderne ou traditionnel)
- Les produits industriels
 - À usage domestique comme :
 - Les caustiques acides (le détartrant pour WC, acide chlorhydrique HCL)
 - Les caustiques basiques (la soude, les déboucheurs de canalisation)
 - Les combustibles ménagers (essence, pétrole lampant)

- Les encaustiques (les solvants)
- Les cosmétiques (crème, lait de beauté, déodorants)
- Les autres produits industriels comme les peintures, le white spirite, l'alcool
- Les produits phytosanitaires (insecticide, herbicide, raticides, pesticides)
 - Les produits traditionnels domestiques (la potasse, le savon traditionnel)
 - Les plantes (tiges, feuilles, racines, fleurs, fruits, baies)
 - Les métaux lourds (plomb, mercure, fluor)
 - Le monoxyde de carbone

7. Conduite à tenir devant une intoxication [14]

Le diagnostic d'une intoxication est fondé sur l'anamnèse, les symptômes, les investigations paracliniques, l'analyse toxicologique et, dans certains cas, des tests pharmacodynamiques. Idéalement, toutes ces données doivent être en concordance avec le toxique et la dose ingérée.

7.1. Symptômes

Ils sont très variés, dépendent directement de la nature du toxique et peuvent concerner tous les organes et fonctions. En pratique, il faut distinguer les symptômes liés directement aux effets du toxique et ceux dus aux complications non spécifiques (coma post-anoxique, syndrome d'inhalation trachéobronchique, atélectasie). Le traitement symptomatique est primordial dans les deux cas ; mais seuls les symptômes dus à un effet toxique direct sont susceptibles d'être améliorés par les traitements antidotiques spécifiques ou par les traitements épurateurs. Ainsi, le coma peut être dû à un effet direct du toxique (psychotropes, monoxyde de carbone) ou secondaire à une anoxie par

défaillance respiratoire, circulatoire ou d'origine chimique. De même, une défaillance cardio-circulatoire peut être due à un effet toxique direct sur le cœur ou les vaisseaux (cardiotropes) ou à une hypovolémie par pertes hydriques ou à des troubles électrolytiques (hyperkaliémie).

a) Troubles neurologiques centraux

Les particularités du coma toxique sont :

- l'absence de signes de localisation, sauf antécédents neurologiques avec séquelles ;
- la profondeur variable selon la dose et le délai depuis l'exposition, à évaluer par l'échelle de Glasgow ;
- la réversibilité sans séquelles en l'absence de lésions anoxiques ou de complications. La présence d'autres signes permet de suspecter préférentiellement une classe de toxiques ou un toxique donné :
- coma calme hypotonique : benzodiazépines, barbituriques ;
- coma agité : alcool, antidépresseurs, phénothiazines, monoxyde de carbone, antihistaminiques ;
- hypertonie avec syndrome pyramidal : antidépresseurs, phénothiazines, pipérazines, monoxyde de carbone ;
- syndrome extrapyramidal : neuroleptiques, butyrophénones ;
- convulsions : antidépresseurs tricycliques, lithium, carbamazépine, théophylline ;
- myoclonies : chloralose, crimidine, lithium ;
- myosis serré : opioïdes, anticholinestérasiques ;

- mydriase peu réactive : antidépresseurs tricycliques, atropine et dérivés, cocaïne, antiparkinsoniens ;
- hallucinations : antihistaminiques, atropine et dérivés, antiparkinsoniens, cannabis, LSD, certains champignons. Lorsque l'étiologie toxique d'un coma n'est pas certaine, il faut éliminer une autre cause (traumatique, vasculaire, métabolique, infectieuse) et pratiquer les examens complémentaires nécessaires (biologie sanguine, scanner crânien, ponction lombaire).

Les troubles de la conscience sont très fréquents, au vu de la prédominance des psychotropes ($\approx 85\%$) dans les intoxications volontaires.

b) Atteintes du système nerveux autonome :

Elles sont fréquentes. Selon le mode et le niveau d'action du toxique, la stimulation ou l'inhibition de différents neuromédiateurs, on distingue plusieurs syndromes (toxidromes) dont les mécanismes, les symptômes et les causes sont résumés dans le tableau 1. La présence d'un tel syndrome permet de suspecter des catégories de toxiques, avec dans certains cas, une incidence thérapeutique précise.

c) Troubles respiratoires :

Ils sont fréquents. Il s'agit le plus souvent d'une hypoventilation d'origine périphérique (obstruction des voies aériennes supérieures par hypotonie des muscles oropharyngés) ou centrale (dépression de la commande de la ventilation) ou de complications liées au coma telles qu'une atélectasie, une pneumopathie d'inhalation ou infectieuse. Les atteintes pulmonaires par toxicité directe du toxique sont plus rares.

d) Troubles cardio-circulatoires

Ils sont dus à plusieurs mécanismes isolés ou associés et sont fréquents, beaucoup de toxiques ayant un effet direct ou indirect sur le système cardiovasculaire. On peut observer : une hypotension ou un état de choc dus soit à une hypovolémie par pertes hydro électrolytiques ou vasodilatation pure, soit à une défaillance cardiaque liée à l'action dépressive myocardique du toxique ; des troubles du rythme variés : bradycardies ou tachycardies ; un arrêt cardiaque, souvent par dissociation électromécanique.

e) Troubles digestifs

Ils sont fréquents mais souvent bénins, se limitant à des vomissements. Les lésions caustiques ou corrosives sont très spécifiques de certains toxiques et nécessitent une prise en charge particulière. Les diarrhées sont rares mais peuvent être un indice diagnostique puisqu'elles sont parfois le premier signe de toxicité, en particulier en cas d'ingestion de champignons, de colchicine, de solvants ou de métaux lourds.

f) Atteintes hépatiques

Elles sont rarement isolées. Tous les types d'atteintes hépatiques peuvent être observés : nécrose ou stéatose hépatique, cholestase, hépatites immuno-allergiques. L'hépatite cytolytique est l'atteinte la plus sévère, les causes les plus fréquentes étant le paracétamol et certains champignons (syndrome phalloïdien).

7.2. Diagnostic positif

Le diagnostic repose toujours sur l'association d'une exposition à un xénobiotique (anamnèse) et d'un toxidrome clinico-biologique. Parfois il est nécessaire de pratiquer un dosage toxicologique.

7.3. Prise en charge initiale

Elle comporte en priorité le traitement symptomatique, le monitoring des paramètres vitaux si

Nécessaire (fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, pression artérielle, SpO₂ et diurèse) et la réalisation du bilan initial (examens biologiques, ECG, analyse toxicologique si nécessaire).

Traitement ultérieur

Il comporte classiquement quatre volets, que sont les traitements symptomatique, évacuateur, épurateur et antidotique.

- **Traitement symptomatique :** Il est toujours prioritaire et comporte le traitement des défaillances vitales, respiratoires et circulatoires en particulier, des convulsions, d'une hyperthermie sévère, etc. Il ne présente pas de spécificité, mis à part dans certains cas de contre-indications thérapeutiques : anti arythmique au cours des intoxications par cardiotropes, bétabloquants pour une intoxication par cocaïne (à l'exclusion du labetolol qui est un alpha- et bétabloquant), sympathomimétiques au cours des intoxications par solvants chlorés.

- **Traitement évacuateur (ou décontamination)**

- Décontamination cutanée et oculaire

Une décontamination cutanée doit être réalisée en urgence, si possible sur le lieu de l'exposition ou dès l'admission à l'hôpital, en cas d'exposition cutanée (aspersion, projection, badigeonnage) à des produits susceptibles d'induire des lésions cutanées (acides, alcalins, corrosifs, phénols, solvants, décapants) ou d'être absorbés et ainsi entraîner des intoxications systémiques (solvants, alcools, nitriles, insecticides, acide fluorhydrique). Une neutralisation est déconseillée car elle est susceptible d'aggraver les lésions. La décontamination

comporte le retrait de tous les vêtements, effets et bijoux puis le rinçage abondant et prolongé avec de grandes quantités d'eau. Les lésions de brûlures ne nécessitent pas de traitement spécifique sauf en cas d'exposition à l'acide fluorhydrique où un traitement antidotique local par gel de gluconate de calcium doit être appliqué rapidement.

La décontamination oculaire répond aux mêmes indications. Elle est aussi indiquée en cas d'administration erronée chez l'enfant d'un collyre contenant un médicament susceptible de provoquer une intoxication systémique (atropine, bêtabloquant). L'irrigation oculaire à l'eau doit être entreprise sans délai et poursuivie pendant 30 minutes au moins et plus dans les cas graves. Sa réalisation peut nécessiter l'administration d'un anesthésique local. Il convient aussi d'éliminer toutes les particules de corps étrangers. Une neutralisation n'est pas indiquée. Une consultation ophtalmologique est indispensable afin de déterminer l'étendue des lésions.

- Décontamination digestive :

La décontamination digestive a pour objectif d'évacuer les toxiques présents dans la lumière digestive. Elle comprend le lavage gastrique, l'administration de charbon activé par voie orale en dose unique et l'irrigation intestinale. Les indications de décontamination digestive ont fait l'objet d'une évaluation et de consensus en 1993 au niveau de la société de réanimation de langue française et en 1997 au niveau européen et américain.

Les indications de la décontamination digestive : toutes les manœuvres de la décontamination digestive nécessitent au préalable un état de conscience normal ou le contrôle la liberté de voies aériennes par l'intubation trachéale en cas de troubles de la conscience pour éviter le risque d'inhalation. Les vomissements provoqués n'ont pas d'indication. Le lavage gastrique est réservé

à l'ingestion depuis moins d'une heure d'une quantité de toxique susceptible d'engager le pronostic vital. Une sonde gastrique de gros calibre (14F) est en mise place dans l'estomac (contrôle radiologique systématique). Le lavage est réalisé en instillant 1 litre de NaCl 0,9% qui est ensuite drainé. L'opération est ensuite recommencé demi-litre par demi-litre jusqu'à un total minimum de 6l chez l'adulte.

Le charbon activé en dose unique par voie orale (carbomix) est réservé à l'ingestion en moins d'une heure de quantités toxiques d'une substance carboadsorbable. La posologie est de 50g chez l'adulte et de 1g/kg chez l'enfant. Le produit est administré sous la forme d'une suspension diluant 50g dans 250ml d'eau potable (10ml/kg chez l'enfant).

L'irrigation intestinale est indiquée dans l'ingestion des doses potentiellement toxiques de médicaments à libération prolongée ou de fer. L'irrigation intestinale est réalisée avec des solutions polyéthylène glycol et d'électrolytes.

Les contre-indications de la décontamination digestive :

- liées au patient : le lavage gastrique est contre-indiqué formellement chez les patients avec troubles de la conscience présents (ou susceptibles d'apparaître au cours de lavage) et ne bénéficiant pas d'une intubation trachéale (risque d'inhalation). De même en cas d'antécédents chirurgicaux portant sur l'œsophage ou l'estomac
- liées au toxique : le lavage gastrique est formellement contre-indiqué dans les ingestions de caustiques (risque d'aggravation des lésions œsophagiennes), les ingestions d'hydrocarbures pétroliers et de produits moussants (risque d'inhalation).

Le charbon activé par voie orale est contre-indiqué formellement chez les patients avec troubles de la conscience et ne bénéficiant pas d'une intubation trachéale (risque d'inhalation et de lésions broncho-pulmonaires très sévères).

Cas particuliers requérant une décontamination digestive :

- dans les intoxications massives par ingestion (notamment par antidépresseurs tricycliques ou carbamates médicamenteux) chez les patients bénéficiant d'une intubation trachéale et sous ventilation mécanique, il est utile d'enlever par lavage gastrique au-delà de la 1^{ère} heure les amas de comprimés non encore délités. Il faut alors mettre en place une sonde gastrique de gros calibre (tube de Faucher). Le lavage gastrique est ensuite relayé par une irrigation intestinale.

Traitement épurateur (ou élimination)

Le traitement épurateur a pour objectif d'augmenter l'élimination des toxiques présents dans l'organisme.

- La diurèse forcée aqueuse n'a plus d'indication.
- La diurèse forcée saline par perfusion de NaCl à 0,9 % est réservée aux intoxications au lithium.
- L'alcalinisation des urines (perfusion d'une solution de bicarbonate de sodium à 1,4 % jusqu'à obtention d'un pH > 7) est indiquée dans les intoxications sévères par salicylés, phénobarbital et les herbicides dichlorophénoxy.
- L'hémodialyse est indiquée dans les intoxications graves par le méthanol, l'éthylène glycol, le lithium et les salicylés (enfant).

- L'exsanguino-transfusion est réservée aux intoxications rebelles au traitement symptomatique par des poisons méthémoglobinisants ou par des toxiques hémolytiques intravasculaires.
- L'administration répétée de doses orales (ou par sonde gastrique) de charbon activé accélère l'élimination des toxiques carboadsorbables pour lesquels existe un cycle entérohépatique ou entéroentérique. Cette voie d'élimination est intéressante pour les toxiques à demi-vie prolongée (justifiée par des dosages toxicologiques) d'autant plus que d'autres voies d'élimination sont perturbées. Son efficacité a été prouvée pour les intoxications par la théophylline, le phénobarbital, la quinine, la carbamazépine, la dapsoné. La posologie est de 50 g initialement puis 25 g toutes les 4-6 h.

Le traitement antidotique ou traitement spécifique

C'est un complément précieux aux mesures évacuatrices et symptomatiques. Dans certains cas, il apporte la preuve d'une intoxication supposée mais non encore affirmée devant tels ou tels signes présentés par le malade : comme une injection d'anexa pour les benzodiazépines et Narcan pour les opiacés. Il permet de déplacer le corps toxique de sa liaison avec l'organisme, et l'éliminer sous forme de complexe neutre non dangereux. Il occupe une place de choix dans les intoxications très sévères. Il découle de la connaissance précise des phénomènes toxicodynamiques et toxicocinétiques des intoxications. Il passe par :

- l'inactivation gastrique des toxiques par l'utilisation de charbon activé officinal, doué d'un pouvoir absorbant élevé. On administre 5-10g de poudre de charbon, ajouté dans de l'eau,
- utilisation d'antidote spécifique.

Tableau I : Principaux antidotes utilisés dans les intoxications aiguës

Antidotes	Indications	Action	Posologies
Atropine	Organophosphorés	Suppression de l'effet vagal action bromotrope	20µg /kg/mn en IV jusqu'à mydriase +
B.A.L	Métaux lourds		300 mg/m ²
Bleu de méthylène	Méthemo- globisant		
E.O.T.A calcique	Pb, Fe, Co		1000 mg/m ² de surface corporelle en 4 perf/jour Pdt 5jours
Ethanol	Méthanol, Ethylène-glycol		Dose charge : 0,5 à 1ml/kg solution 100% diluée. Perf continue 10- 12ml/h
Fragment Fab	Digoxine		80 mg de fab en IV
Antidigoxine (Digidot R)	Digitoxine		Pour 1mg de digoxine ingérée, inj de 10µg/kg/h en perf
Flumazenil (AnexateR)	Benzodiazépines	Induit un réveil complet mais transitoire	10µg/kg en IV puis 10µg/kg/h
Hydroxocobalamines	Acide cyanhydrique		80 mg/kg en IV
Isoprenaline	Bêtabloquants		1 µg/kg en IV plus perf continue 0,1 µg/kg/mn
N-acétyl cystéine (Mucomyst R)	Paracétamol	Prévenir les nécroses hépatiques	Dose de charge : 150mg/kg IV

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

			en 30 mn puis 50mg/kg en perf de 16 h
Naloxone (Narcan R)	Opiacés, Méthadone		0,1 à 0,5 mg/kg en I V
Pralidoxine	Organophosphorés		Perf lente 200mg renouvelable toutes les 6h
Vitamine K1	Anticoagulants Coumariniques		20 mg à renouveler per os ou IV
Diazépam	Chloroquine	Non élucidée, prévient des perturbations cardio- vasculaires (non installées)	1 à 4 mg/ kg en 30 mn comme dose de charge, puis 0,5 à 1 mg/ kg en perf

8. Étude des intoxications aiguës les plus fréquentes

8.1. Intoxications alimentaires [15]

Elles sont les plus fréquentes, elles ont pour caractères communs d'être aiguës, collectives et d'évolution rapide et bénigne. Elles sont le plus souvent occasionnées par des aliments naturellement toxiques (entre autre les champignons, certaines plantes et animaux) consommés par l'homme pour des fins alimentaires ou thérapeutiques ; soit par des aliments sains, mais devenus toxiques par contamination bactérienne ou par transformation toxique. L'intoxication peut aussi provenir d'un aliment du fait de la susceptibilité particulière du sujet vis à vis de cet aliment.

Les germes généralement en cause sont : les staphylocoques, les salmonelles, les shigelles, les colibacilles. Mais le plus dangereux est le clostridium botulium (qui libère une toxine contenue généralement dans les charcuteries avariées

mais aussi dans les conserves mal appertisées, les poissons, les fruits, les laitages, la viande de bœuf, de volaille.)

L'évolution favorable et rapide des intoxications alimentaires vers la guérison à 100% des cas fait qu'elles viennent rarement en milieu hospitalier.

Le diagnostic peut être posé devant l'apparition de signes suspects (douleurs abdominales, diarrhée, vomissements) après ingestion d'un aliment. Le délai entre l'ingestion de l'aliment et l'apparition des symptômes permet de poser le diagnostic ou même de suspecter le germe responsable.

Mais souvent il faut faire recours à des examens complémentaires comme :

- la recherche de germe dans le reste d'aliment,
- le sérodiagnostic rétrospectif,
- la culture d'aliment suspect,
- la coproculture.

Le traitement : Il fait recours aux antiseptiques intestinaux, aux antibiotiques et une hygiène alimentaire.

8.2. Intoxications médicamenteuses [16]

Elles sont fréquentes avec une très grande variété de drogue. Cette fréquence s'explique par le fait que dans nos maisons les médicaments sont de plus en plus disponibles et sont à la portée des mains. Un certain nombre de médicaments nous intéressent particulièrement du fait de leur large utilisation par les prescripteurs et aussi en automédication.

8-2-1-Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Dérivés de l'acide aryle carboxylique (diclofénac, Ibuprofène, indométacine, oxican, acide niflumique) ils ont en commun certaines actions thérapeutiques et certains effets secondaires cliniques et biologiques, ce sont les irritants de la muqueuse digestive. Lors d'intoxication aiguë massive, il peut y avoir: des troubles rénaux (protéinurie, hématurie) et hépatiques.

Le traitement est purement symptomatique : évacuation gastrique plus administration de pansement gastrique. Mais ce traitement symptomatique suppose nécessairement un support des fonctions vitales et une surveillance des complications spécifiques.

8-2-2-Intoxication à l'AAS

Acide acétyl salicylique ou aspirine est de moins en moins utilisé en pédiatrie qu'en médecine adulte au profit du paracétamol et de l'Ibuprofène. Sa dose toxique est de 100-150mg/kg/jour sans méconnaître la sensibilité particulière de certaines personnes.

L'aspirine est métabolisée au niveau du foie, 25% sont oxydées, 75% sont éliminés sous forme d'acide salicylique dans les urines. Cette excrétion urinaire dépend énormément du PH urinaire (elle est multipliée par 5 si le PH est <7,5).

- La clinique : Elle dépend du degré d'intoxication
 - Dans les cas d'intoxication modérée : on observe les troubles digestifs à type de gastralgie, gastrite, hémorragie, vomissements fréquents parfois sanglants. Il peut avoir une agitation, une hyperexcitabilité neuromusculaire puis des troubles de la conscience et de la respiration.
 - Dans les cas d'intoxication sévère : un coma profond s'installe avec convulsions, une hyperthermie majeure avec sueur, une hyperpnée et une sueur abondante entraînant le plus souvent une déshydratation globale.

- Sur le plan biologique : la cytolyse hépatocellulaire va entraîner un défaut de synthèse des facteurs vitamino-k-dépendants.

L'hyperventilation entraîne une alcalose respiratoire puis une acidose métabolique.

Traitement : il passe par le lavage gastrique, puis l'administration de charbon végétal activé. On installe ensuite une diurèse osmotique accentuée par l'alcalisation des urines. Chez un malade comateux, on rétablit une ventilation correcte, on corrige le déséquilibre acido-basique par la perfusion de sérum bicarbonate isotonique à 1,4% à la dose de 20-30 ml/kg, le reste du traitement vise à lutter contre la déshydratation, l'hyperthermie et l'état de choc.

8-2-3-Intoxication au Paracétamol

Le paracétamol est un dérivé de la phénacétine, il est de plus en plus préféré aux acides acétyl salicyliques aussi bien en pédiatrie qu'en médecine adulte pour son double effet antalgique antipyrétique. Le paracétamol est à l'origine d'une intoxication lorsque sa dose est supérieure ou égale à 150mg/kg/j.

↳ Physiopathologie :

90% du paracétamol absorbé au niveau du tube digestif est métabolisé par le foie. Mais à des doses toxiques de paracétamol, la capacité de détoxication du glutathion est dépassée. La N-acétyl benzo-quinonimine métabolite potentiellement toxique du paracétamol n'est plus transformé en dérivés mercapturiques et en cystéines. Ce phénomène aboutit à la nécrose hépatocytaire. Le dosage de la paracétamolémie a une importance capitale:

Il permet de vérifier l'hypothèse d'intoxication au paracétamol et d'évaluer le risque d'hépatite mortelle qui est quasi permanent au-dessus d'une dose de 350mg/kg/j de paracétamol.

↳ Symptomatologie

Elle est sans aucune spécificité dans les 1ères heures suivant l'ingestion, il peut s'agir de : fatigue, pâleur, nausées, vomissements, parfois transpiration abondante. A partir de 24-28 heures : apparaissent les signes d'atteinte hépatique à type de douleurs abdominales localisées au niveau de l'hypochondre droit, d'ictère, d'hépatomégalie, d'astérisis, d'hémorragies. Les signes neurologiques à type de confusion mentale, coma. Les modifications biologiques se manifestent par :

- élévation des transaminases,
- une hyper bilirubinémie et ceux –ci dès la douzième, seizième, heure après d'intoxication. Une chute de facteur V.

Traitement : IL est influencé par le délai de découverte de l'intoxiqué. Chez un patient vu tôt et conscient, on procédera à : Un lavage gastrique (justifié quand on le réalise moins de 6 heures de temps après l'intoxication et en cas de prise supérieure à 150 Mg/kg) ; à l'administration d'antidote spécifique : N-acétylcystéine ou la cysteamine : La dose d'attaque est de 140 mg / Kg mélangé à du coca – cola ou du jus d'orange. La dose d'entretien 70mg / Kg / 4 heures jusqu'à 17 doses. En cas de trouble de la conscience la N- acétylcystéine est administrée en perfusion dans du glucose 5% à la dose de 150 mg/ Kg pendant 60 mn, puis 50mg / Kg dans glucose 5% 4 heure suivie de 100 mg /kg de N-acétylcystéine dans du glucosé en perfusion en 20 heure. A l'administration du charbon activé, elle peut diminuer l'absorption digestive du paracétamol à la dose de 50 g chez l'adulte et 1gramme /Kg chez l'enfant, mais non indiqué lorsque l'antidote est administré per os. La diurèse osmotique apporte peu de chose compte tenu de l'élimination urinaire minime du paracétamol. La complication majeure est l'insuffisance hépato – cellulaire et l'atteinte rénale

par tubulopathie secondaire à la formation de radicaux libres par métabolisme rénal. La surveillance de l'insuffisance hépato –cellulaire se fait par :

- la clinique : l'astérixis,
- l'électroencéphalogramme,
- la biologie : le temps de prothrombine, le facteur V.

L'évaluation de l'intoxication au paracétamol dépend de la sévérité de l'atteinte hépatique.

8-2-4 Intoxication à la chloroquine

La chloroquine est l'antipaludique de première intention, donc le plus utilisé chez nous. L'intoxication à la chloroquine occupe le 1er rang des intoxications médicamenteuses chez nous en Afrique. Le volume de distribution de la chloroquine est de 10 litres /kg la dose Toxique est toute dose supérieure ou égale à 25mg /KG /jour .une dose Supérieure à 5 g est mortelle en absence de traitement.

La physiopathologie : Elle se résume à l'action de la chloroquine sur l'activité cardiaque et neurosensorielle (visuelle et auditive). La chloroquine ralentit la conduction intra-ventriculaire, auriculo-ventriculaire et sinoventriculaire. Elle mène une action inotrope négative sur la contractilité myocardique. Les troubles du rythme peuvent être de deux ordres : l'élargissement des complexes Q-R-S qui entraîne une inefficacité circulatoire, la survenue d'extrasystoles ventriculaires entraîne une tachycardie et même un collapsus. La chloroquine provoque un spasme des vaisseaux rétiniens avec parfois atteinte de la VIII paire crânienne.

Clinique : Dans les 1ères heures de l'intoxication, on assiste à des troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, puis apparaissent les signes neurologiques (cochleo-vestibulaire et visuels) à type de : photophobie, diplopie, dyschromatopsie, scotome ; une hypoacousie ou des bourdonnements d'oreille,

les signes de troubles de la conscience à type d'agitation avec ou sans coma est fréquente. Les signes cardio-vasculaires sont aggravés par l'hypoxie dont le mécanisme est inconnu.

Les complications à craindre elles sont dans les 48 heures suivant l'intoxication : la pneumopathie d'inhalation, l'œdème aiguë du poumon (O.A.P) d'apparition brutale, une chute de tension artérielle inférieure à 8 mm hg et une Q-R-S \geq inférieure 12 secondes.

La prise en charge : Dans l'immédiat : un lavage gastrique est indiqué sous la protection d'une intubation trachéale avec ballonnet gonflé en cas de coma. Il faut une surveillance hémodynamique permanente (tension artérielle, E.C.G), une assistance respiratoire. Le traitement antidotique fait recours au diazépam à la dose initiale de 2mg/kg en 30mn à la seringue électrique, puis 1 à 2 mg/kg/24h pendant 48h. Chez un patient dans un état hémodynamique précaire (collapsus), on utilise l'adrénaline à la dose de 0,5 μ g/kg/mn à la seringue électrique. Le lactate de sodium molaire est prescrit en cas d'élargissement majeur des complexes QRS au de la de 0,12 secondes.

8-2-4-Intoxication aux barbituriques

Les barbituriques sont à l'origine d'une proportion importante d'intoxication. Il y a 3 classes de barbituriques : les barbituriques d'action longue (8 à 10 heures), Exemple : phénobarbital; les barbituriques d'action intermédiaire (4 à 5 heures) exemple : Vin barbital ; les barbituriques d'action rapide, exemple : thiopental

- Clinique : la dose toxique est de 25mg/kg. L'intensité des symptômes dépend de la quantité absorbée sans négliger les variations individuelles de sensibilité. On admet qu'une dose de 0,5-1g de phénobarbital représente le seuil de coma et qu'1 g de phénobarbital correspond à 1 jour de coma en absence de traitement. La clinique est essentiellement

dominée par une dépression respiratoire et cérébrale centrale avec trouble de la thermorégulation. Au début : c'est à dire l'heure suivant l'ingestion, apparaissent les nausées, les vomissements, un état d'ébriété et une somnolence. Plus tard : c'est le coma barbiturique. Ce coma est calme, peu profond avec une révolution musculaire, une diminution ou abolition totale des réflexes-ostéo-tendineux. L'aspect de l'intoxiqué est congestif, érythrosique, pâle ou cyanosé, les paupières sèches, collées. On peut assister à une apparition de phlyctènes au niveau des points de pression et de placards indurés (genou, coude, face). La pression artérielle est généralement abaissée avec un pouls, petit, filant, il y a souvent un globe vésical. La respiration est ample, lente, superficielle. Elle est aggravée très rapidement par un encombrement trachéobronchique conduisant à la pneumopathie de déglutition et aux troubles de ventilation avec surinfection. Le pronostic immédiat dépend de l'état cardio-respiratoire. Toutefois des complications peuvent se greffer au tableau, à savoir : une rhabdomyolyse, une insuffisance rénale aiguë, une surinfection pulmonaire, une embolie pulmonaire.

- Traitement : il nécessite : une hospitalisation, une épuration avec le lavage gastrique, suivi de l'administration de charbon activé. Une diurèse osmotique alcaline associant à part égal : sérum glucosé à 10% et du sérum bicarbonaté à 1,4% sur la base de 100ml/kg/24h. La surveillance porte sur l'état hémodynamique, l'équilibre hydro électrolytique (kaliémie, calcémie) et la diurèse horaire. Dans les formes graves, on peut recourir à une épuration extrarénale par dialyse péritonéale.

8-2-5-Intoxication aux benzodiazépines

Ils sont utilisés en thérapeutique pour leurs effets anxiolytiques, sédatifs, anticonvulsivants et myorelaxants. Ils sont une cause majeure d'intoxication par leur large prescription. La benzodiazépine la plus utilisée est le diazépam. Les autres éléments de la liste sont : le triazolam, Temazépan, Flunitrazépan, midazolam. Leur métabolisme se fait au niveau du foie aboutissant pour certains à une production de métabolite actif : le nordiazepam. Mais les diazépines les plus en cause sont : chlorazépate, Lorazepam, Bromazepam.

Clinique : nous observons une démarche ébrieuse avec des chutes répétées dues à l'hypotonie musculaire, marquée surtout au niveau des membres inférieurs, puis surviennent les troubles de la vigilance, avec somnolence, coma, aréflexivité. Une dépression respiratoire peut s'observer avec bradypnée et pause. Plus tard : une broncho-pneumopathie de surinfection peut se voir. Le diagnostic peut se confirmer par dosage plasmatique ou urinaire.

La prise en charge : elle nécessite une surveillance attentive des malades présentant des troubles de la vigilance. L'apport du sérum glucosé par voie veineuse plus des électrolytes pendant les troubles de la conscience. Chez le malade vu un peu tôt, on peut faire un lavage gastrique ou l'administration de charbon activé. L'utilisation de l'antagoniste spécifique : le Flumazenil à la dose de 10 µg/kg, ne se justifie qu'en cas d'intoxication non confirmée. Dans ce cas précis, c'est un test diagnostique.

8-2-6-Opiïdes

L'intoxication aux opioïdes est en général liée à un surdosage ou mésusage chez un toxicomane, mais peut aussi résulter d'un surdosage thérapeutique, notamment chez l'insuffisant respiratoire, rénal ou hépatique. Le tableau typique associe coma hypotonique, bradypnée (fréquence respiratoire < 12

cycles/min) et myosis serré en «tête d'épingle». La cyanose traduit l'intensité de l'hypoxie. Un œdème aigu lésionnel du poumon est rare et de mécanisme mal élucidé. Les pneumonies d'inhalation sont très fréquentes. L'existence d'une complication respiratoire doit être suspectée chaque fois qu'il existe une polypnée ou que persiste une cyanose sous oxygène.

Le traitement est symptomatique (oxygène, intubation et ventilation mécanique, remplissage vasculaire si collapsus). L'oxygène doit être administré devant toute overdose. L'antidote, la Naloxone, est administré en cas de coma ou de dépression respiratoire profonde afin d'éviter l'intubation. Elle est injectée en titration pour obtenir une fréquence respiratoire stable >15 cycles/min. La dose totale ayant permis d'améliorer le patient est alors administré de façon horaire en continu à la seringue électrique, avec une surveillance en unité de soins continus.

8-2-7 Intoxication aux produits corrosifs

Ces produits corrosifs ou caustiques sont responsables de la majorité des intoxications domestiques à cause de leur utilisation dans les innombrables soins ménagers, de ce fait sont à la portée de toutes les mains dans les maisons.

Les principaux caustiques fréquemment rencontrés sont : caustiques majeurs : Acides : exemple acide chlorhydrique (HCl) ou acide murique, Basiques : exemple soude (NaOH) ou lessive de soude), caustiques faibles : Acides : exemple acide acétique (CH₃ COOH), Basiques : exemple ammoniac (NH₄OH), divers : exemple : hypochlorite de soude (NaOCl) ou eau de javel

Physiopathologie : les acides sont les plus souvent en cause, mais provoquent des brûlures moins profondes que les bases. Ils coagulent les matières albuminoïdes de l'épithélium, créant ainsi une couche protectrice pour les tissus sous adjacents. Les bases au contraire, en dissolvant les matières albuminoïdes

et en saponifiant les graisses réalisent une « nécrose liquéfiante » qui atteint les couches musculaires au niveau desquelles se constituera un tissu sténosant.

Les acides sont plus volontiers responsables de lésion gastriques, et les bases de lésions œsophagiennes.

Symptomatologie clinique : elle suit 3 phases :

- Phase initiale : Dès l'ingestion du caustique apparaissent les signes suivants : toux, vomissements, douleurs atroces bucco pharyngiennes, rétro sternales et épigastriques. Le malade est agité, pâle, angoissé, réclame à boire. Une dyspnée laryngée, doit faire craindre un état de choc. Après cette phase critique, le choc cède spontanément, le syndrome œsophagien s'installe avec sa triade caractéristique : dyspnée, régurgitation, douleur. Les joues, la langue, la voile du palais ont un aspect érosif, membraneux, l'haleine fétide. La déshydratation puis l'amaigrissement s'installe.
- Phase intermédiaire ou d'accalmie : Du 12ème jour au 30ème jour environ, à l'anxiété du début succèdent un état d'euphorie due au retour d'une déglutition sensiblement normale et la reprise du poids et des forces. Le malade se croit guéri, pourtant à bas bruit s'effectue une cicatrisation conduisant éventuellement à la sténose.
- La période de sténose œsophagienne cicatricielle : Les premiers signes s'amorcent à la fin des premiers mois, à peine le malade a-t-il avalé une petite quantité d'aliments qu'il doit s'arrêter, car sensation d'étouffement. Peu à peu, la dysphagie s'accroît, au point que les liquides ne passent plus qu'avec peine de ce fait la dénutrition devient de plus en plus marquée et conduit à la mort.

Traitement : Il doit être entrepris d'extrême urgence. Il se propose de limiter l'étendue et l'intensité des lésions dans les formes de gravité moyenne (modérée) et d'éviter la perforation dans les formes sévères.

- ✓ Ce qu'il faut faire : Identifier la nature du toxique (acide ou base) par l'interrogatoire du malade ou l'entourage, par la détermination du PH au moyen de papier indicateur. Celui-ci bleuit en présence d'une base et rougit en présence d'un acide.
- ✓ Ce qu'il ne faut pas faire : Pratiquer des vomissements provoqués même s'il existe des vomissements spontanés : les vomissements en faisant repasser la substance corrosive par l'œsophage risquent d'accentuer l'atteinte œsophagienne.
- ✓ Effectuer un lavage gastrique : (celui-ci par son action traumatisera un œsophage fragilisé) et susceptible d'aggraver les lésions déjà existantes.
- ✓ Absorber de produit par la bouche (comme le lait), exception faite aux produits suivants : les produits destinés à neutraliser les acides
 - Eau albumineuse : on fait battre le blanc d'œuf dans 1 litre d'eau,
 - Eau de chaux (1000 ml),
 - Lait (1 litre de lait neutralise 10 – 15 g d'HCL),
 - Citrate de triéthanolamine (solution aqueuse d'acide citrique à 10 g/100 ml)

Les produits destinés à neutraliser les bases

- vinaigre (110 ml/1 l d'eau),
- acide acétique (diluée au 1/100),
- jus de citron (1 citron pour 1 verre d'eau),
- en cas d'ingestion d'eau de javel, l'acide citrique ou borique est préconisé.

8-2-8 - L'intoxication au monoxyde de carbone :

En France, elle est l'une des 1^{ères} causes de mort toxique et la majorité des cas est accidentelle et d'origine domestique. L'oxyde de carbone est produit lors de la combustion incomplète d'un matériel organique. On retrouve le plus souvent à l'origine de l'accident :

- un appareil de chauffage (cheminée fissurée),
- un appareil de production d'eau chaude défectueuse ou détourné de son usage,
- un gaz d'éclairage, un gaz naturel,
- une explosion, un incendie,
- un confinement ou isolation excessive.

Le caractère collectif de l'intoxication oriente immédiatement vers le CO (monoxyde de carbone).

- Clinique : l'intensité de la symptomatologie dépend de plusieurs facteurs :
 - le temps d'exposition,
 - la concentration en CO de l'air ambiant,
 - l'activité physique du sujet,
 - à un degré (moins important) l'âge et les antécédents du sujet.
- ↳ certains signes classiques font penser directement au monoxyde de carbone (perte de connaissance brutale, brève ; céphalées ; vomissements ; asthénie extrême) ;
- ↳ d'autres sont trompeurs, se limitant à un tableau de trouble digestif (nausées, vomissements, souvent sans diarrhées) ;
- ↳ un tableau psychiatrique à type de confusion mentale, somnolence, agitation psychomotrice avec onirisme, logorrhée, tremblement ;

- ↳ la cyanose, difficile à observer chez le sujet noir (sauf paumes et plantes des pieds) ;
- ↳ un tableau neurologique avec hyper flexibilité ostéo-tendineuse plus coma.

Le coma oxycarboné peut avoir une présentation spectaculaire avec hypertonie diffuse voir une attitude de décérébration ou de décortication.

- Traitement : l'oxygénation est le traitement spécifique et doit être entreprise urgemment :
- soit au masque à 100% d'O₂ pendant 1 heure,
- soit à la sonde nasale pendant 6 heures,
- ou l'oxygénation hyperbare (OHB), si on dispose d'un caisson de pression (raccourcit la demi-vie du CO à 23 mn).

8-2-9- Intoxication aux organophosphorés

Les organophosphorés sont des produits largement utilisés en agriculture, qu'on retrouve en ville dans les maisons dans le but d'éliminer les insectes.

Du fait de la résistance des insectes à la plupart des anciennes molécules, les produits actuels ont tendance à avoir une toxicité plus importante. La gamme est très variée, les plus fréquemment rencontrés sont :

- les insecticides organiques de synthèse,
- les organochlorés,
- les organophosphorés,
- les carbamates.

Ils sont une cause fréquente d'I.A collective (contamination d'aliments familiaux). Devant une intoxication probable par insecticide, la connaissance de la famille de l'insecticide est nécessaire pour faire le traitement qui dès lors diffère selon le cas.

- Les organochlorés : Ce sont des insecticides d'ingestion ou de contact très utilisé : DDT (dichloro diphenyle trichloroethane), Sedane* ou gesarol* : DL : 5 à 20 g.

Signes cliniques :

En cas d'absorption digestive, on note des troubles précoces. Ce sont des signes d'une gastroentérite aiguë (douleur, épigastrique, vomissements diarrhées), des troubles neurologiques : apparaissent quelques heures après (souvent très rapide avec l'aldrine et la dieldrine) à type de

Céphalées, vertiges, paresthésie des lèvres, de la langue, fourmillement des extrémités. Convulsions toniques et cloniques, pouvant dans les formes graves se compliquer d'apnée, de collapsus vasculaire.

Une atteinte hépatique ou rénale peut se voir après une intoxication chronique en général régressive.

La prise en charge comporte deux impératifs négatifs :

- pas d'administration de lait, d'alcool, de purgatif huileux ceux-ci augmentent l'absorption intestinale de l'insecticide,
- pas d'administration d'amines pressives (adrénaline, neosynéphrine) risque de fibrillation ventriculaire. On peut procéder à l'élimination du toxique :
 - chez un sujet conscient, on procède au lavage gastrique, puis purgatif salin (30 g de sulfate de soude). Le lavage est contre indiqué si l'insecticide est dissout dans un solvant organique (risque de pneumopathie, il doit être remplacé par une aspiration gastrique),
 - chez un malade comateux ou présentant des convulsions, le lavage ou l'aspiration gastrique se fait après intubation trachéale avec une sonde à ballonnet gonflé.

Traitement symptomatique

Assistance respiratoire au masque ou après intubation trachéale, oxygénothérapie,

- traitement du collapsus par perfusion d'hydrocortisone,
- traitement des convulsions par chloral per os, gardénaï en IM (20 mg) à répéter jusqu'à 60 mg,
- Eunoctal : 100 à 500 mg en IV (si l'assistance respiratoire est possible), pas de traitement antidotique.

➤ Organophosphorés et carbamates hétérocycliques

De formule chimique différente, leur action est la même, ce sont les anticholinestérasiques, très toxiques, très liposolubles, ils provoquent l'accumulation de l'acétylcholine au niveau du système nerveux central, végétal et au niveau des plaques motrices. Ils sont d'un usage répandu.

Toxiques, très liposolubles, ils provoquent l'accumulation de l'acétyl choline au niveau du système nerveux central, végétatif et au niveau des plaques motrices. Ils sont d'un usage répandu. Toxicité des principaux produits exemple Parathion, Demetron, Diazinon, Malathion, Chlorathion DL=1 g.

Carbamates exemple : Carbamyl isolant DL=100 mg à 1g. Ils peuvent être toxiques par voie cutanée ou respiratoire s'ils sont utilisés en aérosol. Il peut s'agir d'ingestion accidentelle ou de projection oculaire.

Signes cliniques :

Les intoxications professionnelles et accidentelles (par voie cutanée et respiratoire) sont les plus fréquentes. Les facteurs favorisant cette intoxication sont : la fatigue musculaire, l'exposition au soleil, la répétition des pulvérisations, absorption d'alcool ou de lait. Les premiers signes apparaissent d'autant plus précocement que l'intoxication est plus grave.

Les signes évoluent typiquement en deux phases.

La phase muscarinique : elle résulte de la perturbation de l'activité parasympathique post ganglionnaire des muscles lisses. Elle se manifeste par :

- des fasciculations, des crampes musculaires, des mouvements involontaires et une paralysie.
- Une hyperexcitabilité vagale, hypersalivation, des vomissements, une douleur abdominale, une dyspnée asthmatiforme par bronchospasme, un myosis, céphalées, vertiges, une tachycardie.

La phase nicotinique : découle de l'accumulation de l'acétylcholine au niveau de la plaque motrice et des synapses. Elle se manifeste par :

- des fasciculations, des crampes musculaires, des mouvements involontaires et une paralysie,
- une hypertension artérielle, plus pâleur,
- la phase de dépression du système nerveux central.

Traduit l'accumulation de l'acétylcholine au niveau du système nerveux central. Elle se manifeste par : une anxiété, une irritabilité, des cauchemars, une confusion, des céphalées, une ataxie, des tremblements, des convulsions et le coma. On peut voir pendant cette phase une aggravation des signes muscariniques. Les troubles respiratoires représentent le premier élément de gravité. La dépression des centres nerveux, la paralysie des muscles respiratoires, le bronchospasme, l'hypersécrétion bronchique s'associent pour créer un état d'anoxie rapidement mortel en absence de traitement. Parfois ce tableau déjà sombre est aggravé par des troubles cardiaques : bloc auriculo-ventriculaire.

Le traitement : l'élimination du toxique : c'est le même procédé que les organochlorés : interdiction d'ingérer le lait, alcool, mais un lavage cutané soigneux.

Après projection oculaire on fait un lavage prolongé à l'eau et au sérum physiologique, ne pas utiliser de collyre à l'atropine qui masquerait le myosis.

Symptomatique : Il faut absolument proscrire :

- la morphine et dérivés (sont des dépresseurs respiratoires),
- théophylline et dérivés (sont des anticholinestérases) ;
- coramine, lobeline, largatil, celocurine (succinyl-cholure).

Il faut procéder à une assistance ventilatoire au masque ou après intubation trachéale (celocurine interdite) :

- à une réhydratation par perfusion,
- au traitement des convulsions par le phénobarbital (gardéнал) en IM, Nesdonal.

L'atropine : retarde l'épuisement des cholinestérases, sulfate d'atropine 0,5 à 2mg en sous cutané ou IV, à renouveler dans les formes graves toutes les 30mn jusqu'à l'apparition des signes d'atropinisation (bouche sèche, tachycardie, mydriase).

Le traitement antidotique

Fait recourt au contrathion (Pralidoxine) il permet la régularisation des cholinestérases : on administre 20 à 400 mg en IV directe ou en solution dans 250 cm³ de sérum glucosé isotonique. L'ingestion de contrathion (200mg) est à renouveler après 30mn et éventuellement 3 à 4 fois dans les 1^{ères} 24 heures en fonctions du non amélioration des signes cliniques. Le traitement associant l'atropine au contrathion doit toujours être mis en œuvre d'emblée.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. Le CHU Gabriel Touré se trouve au troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il est situé en plein centre-ville dans le quartier commercial de la Commune III du District de Bamako. Le Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré est une référence en matière de prestation de services. Il a une vocation de centre de traumatologie et d'urgence mère-enfant. Il reçoit toutes les formes d'urgences sauf les urgences médico-pédiatriques et obstétricales. Ces derniers sont reçus respectivement au service des urgences pédiatriques et des urgences obstétricales.

Aperçu général du SAU

Le Service d'Accueil des Urgences est structurellement constitué de :

- Une salle de tri : animée par un médecin et par un infirmier
- Une salle de déchoquage : composée de deux lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope multiparamétrique, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène, d'air et de vide pour l'aspiration ; deux respirateurs pour les deux lits ; et deux poussettes seringues électriques.
- Deux salles d'hospitalisation de courte durée : une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Chaque salle est munie de quatre lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène, d'air et de vide.
- Huit box de consultation et une zone d'attente.
- Une salle de décontamination où le lavage gastrique est effectué.
- Un bloc opératoire d'urgence : utilisé par les services de chirurgie viscérale, de neurochirurgie, de traumatologie, ORL, Chirurgie Pédiatrique.

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

- Un laboratoire d'analyse sanguine : équipé mais non fonctionnel.
- Une salle de radiologie : non fonctionnelle.
- Un secteur administratif
- Deux bureaux et un amphithéâtre où se tient le staff et les de réunions.
- Une salle de décontamination où est effectué le lavage gastrique

Le personnel du service est composé de :

- Treize médecins,
- vingt-sept infirmiers,
- vingt-deux étudiants en année de thèse,
- quatorze brancardiers.

L'activité du service est organisée de la manière suivante :

- La période d'astreinte qui s'étend de 7h30 à 15h00.
- La garde va de 7h30 à 7h30 le lendemain pour les faisant fonction d'interne. Pour le reste du personnel la garde s'étend de 15h00 à 7h30 le lendemain.
- Chaque équipe est composée de médecins, des faisant fonction d'interne, d'infirmiers et de techniciens de surface.
- Centre antipoison : c'est un organisme spécialisé qui apporte des conseils et participe à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge des intoxications. Certains sont dotés d'un laboratoire toxicologique ou d'une unité de prise en charge clinique. Malheureusement dans notre contexte nous n'en disposons pas.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive.

3. Période d'étude

Elle s'est déroulée de décembre 2019 à novembre 2020 soit une durée de 11 mois.

4. Échantillonnage

Notre échantillon a été exhaustif. Il s'agit de tous les patients remplissant nos critères et admis durant la période d'étude.

4.1. Population d'étude

Il s'agit de tous les patients admis au service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré pour une urgence médicale durant la période d'étude.

4.2. Critères d'inclusion

Ont été inclus :

- Tous les patients admis dans le service chez qui l'anamnèse et la clinique étaient en faveur d'une intoxication aiguë.
- Patient inconscient dont l'interrogatoire des proches était en faveur d'une I.A
- Patient chez qui l'intoxication aiguë est retenue comme diagnostic de sortie

4.3. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans l'étude

- Tout cas d'intoxication aiguë sans preuve clinique et anamnestique favorable.
- Les intoxications alcool-tabagiques.
- Les envenimations scorpioniques et les morsures de serpent.

5. Déroulement de l'enquête et moyen de collecte

5.1. Déroulement de l'enquête

- Les patients ont bénéficié d'un examen clinique : un interrogatoire (patient conscient), la recherche des ATCD, et un examen physique.
- Certains examens paracliniques ont été demandés en urgence (Radiographie du thorax, FOGD, NFS, Transaminases, Urée, Créatinémie etc...)
- Les patients ont été toujours installés d'abord dans la salle d'attente pour la mise en place d'un abord veineux sûr avec un monitoring des paramètres comprenant : PA, Pouls, FR, SPO2
- Le lavage gastrique a été systématiquement réalisé en cas d'indication.

5.2. Moyen de collecte

Les cas d'intoxications ont été analysés à l'aide d'une fiche d'enquête établie et remplie grâce aux informations contenues dans les dossiers.

6. Collecte de données :

Les renseignements concernant chaque patient ont été recueillis sur une fiche d'enquête individuelle préalablement établie, à partir de l'interrogatoire du patient et/ou ses accompagnants et des dossiers médicaux. Elle a tenu compte des différents paramètres contenus dans la fiche de collecte des données (âge, sexe, profession, mode d'intoxication, type de produit en cause, le tableau clinique, le mode de prise en charge, l'évolution et le pronostic).

7. Éthique

La confidentialité des données recueillies a été garantie. Tous les patients retenus pour l'étude ont donné leur accord.

8. Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi-Info

IV.RESULTATS

1. Fréquence globale :

Durant notre période d'étude de décembre 2019 à novembre 2020, 17 818 patients ont été admis au service d'accueil des urgences parmi lesquels 72 patients ont été reçus pour intoxications aiguës soit **0,40%**.

2. Caractéristiques de la population intoxiquée

Tableau II : âge des patients

Âges (ans)	Effectif	Pourcentage
15-20	15	20,8
21-25	22	30,6
26-30	15	20,8
31-35	11	15,3
36-40	1	1,4
41-46	8	11,1
Total	72	100

L'âge moyen de nos patients était de **27,25** ans avec des extrêmes allant de 16 à 46 ans. Ainsi la tranche d'âge **21-25** était la plus représentée avec 22 cas des intoxications.

Tableau III : Sexe des patients

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	35	48,6
Féminin	37	51,4
Total	72	100

L'étude a montré qu'il y'a une prédominance féminine avec **51,4%** des cas avec un sex-ratio de **0,94**.

Tableau IV : Profession des patients

Profession	Effectif	Pourcentage
Élève ou Étudiant	26	36,1
Ménagère	18	25
Ouvrier	10	13,9
Commerçant	9	12,5
Cultivateur	5	6,9
Fonctionnaire	4	5,6
Total	72	100

La profession la plus représentée était Elève/étudiant soit **36,1%**

Tableau V : domicile des patients

Domicile	Effectif	Pourcentage
Bamako	62	86,1
Hors Bamako	10	13,9
Total	72	100

La majorité de nos patients était de Bamako soit **86,1%**.

Tableau VI : provenance des patients

Provenance	Effectif	Pourcentage
Domicile	48	66,6
Protection civile	19	26,4
Centre de santé	5	7
Total	72	100

L'étude a montré que la majorité de nos patients ont été au service en provenance du domicile.

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

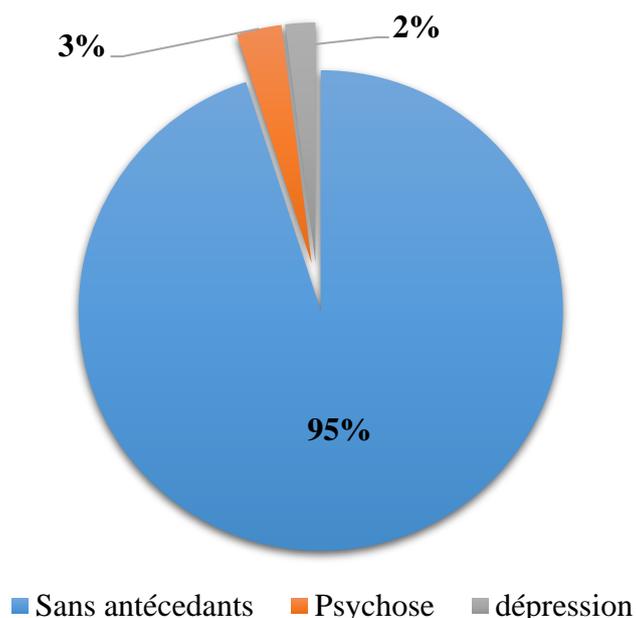


Figure 1 : Antécédent des patients

L'étude a montré que 95% de nos patients ne présentaient aucun antécédent pathologique et 5% avaient des antécédents psychiatriques.

3. Caractéristiques des intoxications aiguës :

Tableau VII : lieu d'intoxication des patients

Lieu d'intoxication	Effectif	Pourcentage
Domicile	61	84,7
Champs	5	6,9
Lieu de travail	3	4,2
Discothèque	3	4,2
Total	72	100

La majorité des cas d'intoxications ont eu lieu à domicile soit 84,7%.

Tableau VIII : voie d'intoxication

Voie d'intoxication	Effectif	Pourcentage
Digestive	65	90,3
Respiratoire	6	8,3
Sous cutané	1	1,4
<u>Total</u>	72	100

L'ingestion par voie orale était la plus fréquente avec un taux de 90,3%.

Tableau IX : circonstances d'intoxication

Circonstances d'intoxication	Effectif	Pourcentage
Volontaire	46	63,9
Involontaire	25	34,7
Abortive	1	1,4
Total	72	100

L'intoxication était dans un but d'autolyse dans 63,9% des cas.

Tableau X : type d'intoxication

Type d'intoxication	Effectif	Pourcentage
Médicamenteux	30	41,6
Produits corrosifs	14	19,4
Alimentaire	13	18,1
Gaz	8	11,2
Organophosphorés	6	8,3
Hydrocarbure	1	1,4
Total	72	100

Dans cette série on a constaté que les médicaments représentaient la principale cause d'intoxication avec 30 cas soit 41,6%.

Tableau XI : intoxications selon la classe pharmaceutique

Classe pharmacologique	Effectif	Pourcentage
Antipaludéen	8	26,6
Antipyrétique	6	20
Poly médicaments	6	20
Benzodiazépine	4	13,3
Dérivée morphinique	4	13,3
Antihistaminique	1	3,33
Anti-inflammatoire	1	3,33
Total	30	100

La principale classe de médicaments utilisés a été représentée par les antipaludéens soit 26,6% des cas.

Tableau XII : intoxications selon la nature du produit industriel

Nature produit industriel	Effectif	Pourcentage
Organophosphoré	10	34,48
Caustique acide	9	31,03
Hydrocarbure	4	13,79
Alcool	4	13,79
Caustique basique	2	6,89
Total	29	100

Les intoxications aux organophosphorés étaient plus impliqués soit 34,48% des toxiques industriels.

Tableau XIII : signes cliniques

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Troubles neurologiques	40	31,25
Troubles digestifs	70	54,68
Troubles respiratoires	11	8,59
Troubles cardio-vasculaires	7	5,46
Total	128	100,0

Les principaux signes retrouvés sont les troubles digestifs soit **54,68%** de l'ensemble de signes cliniques.

Tableau XIV : intoxications selon les troubles neurologiques

Troubles neurologiques	Effectif	Pourcentage
Altération conscience	15	37,5
Obnubilation	7	17,5
Agitation psychomotrice	4	10
Céphalées	5	12,5
Myosis	3	7,5
Vertiges	3	7,5
Convulsions	3	7,5
Total	40	100,0

Les troubles neurologiques ont été dominés par altération de la conscience soit 37,5%.

Tableau XV : intoxications selon les troubles digestifs

Troubles digestifs	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	20	28,5
Vomissement	18	25,7
Douleur retro-sternale	13	18,5
Diarrhée	14	20
Nausée	1	1,42
Dysphagie	4	5,71
Total	70	100

Les douleurs abdominales ont représenté 28,5% de l'ensemble des troubles digestifs.

Tableau XVI : intoxications selon les troubles respiratoires

Troubles respiratoires	Effectif	Pourcentage
Hypersécrétion bronchique	7	63,6
Polypnée 2	18,2	
Pause respiratoire	1	9,09
Toux sèche	1	9,09
Total	11	100

Les hypersécrétions bronchiques ont représenté 63,6% des troubles respiratoires.

Tableau XVII : intoxications selon les troubles cardiovasculaires

Troubles cardiovasculaires	Effectif	Pourcentage
Tachycardie	3	42,8
Hypotension artérielle	2	28,5
Hypertension artérielle	1	14,28
Bradycardie	1	14,28
Total	7	100

Les signes cardio-vasculaires ont été dominés par tachycardie soit 42,8%

a- Traitement symptomatique

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique avec :

- Prise d'une voie veineuse périphérique
- Monitoring standard
- Perfusion du sérum salé physiologique
- ✚ Le recours à l'oxygénation était nécessaire chez 16 patients soit 9,41%
- ✚ Le recours à l'intubation et à la ventilation artificielle était nécessaire chez 4 patients soit 2,48%

b- Traitement évacuateur :

Le lavage gastrique a été réalisé chez 29 patients soit 17,05% dans un délai moyen de 3,5 heures, 17 patients ont reçu le charbon activé soit 10%.

c- Traitement spécifique :

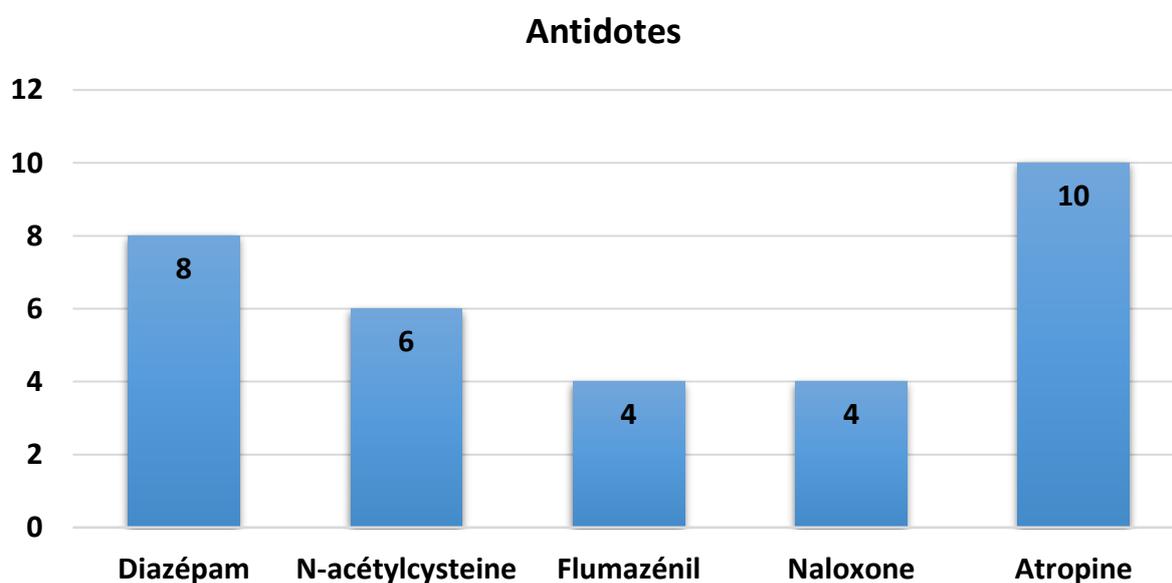


Figure 2 : Traitement spécifique

Le traitement antidotique a été instauré chez 32 de nos patients soit 18,82%

a- Évolution

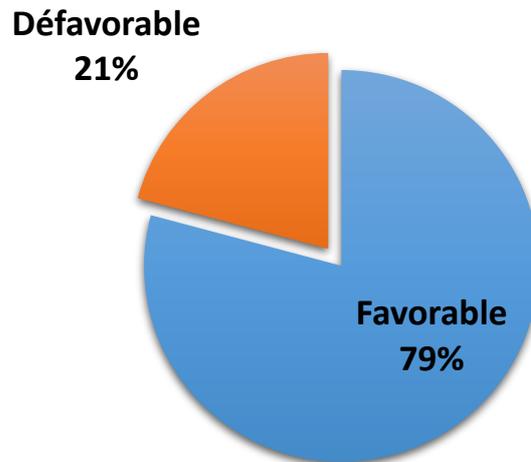


Figure 3 : Évolution

L'évolution était favorable dans 79,2% des cas

b- Durée de séjour

La durée moyenne de séjour des patients était de 24h avec des extrêmes de 12h à 48h.

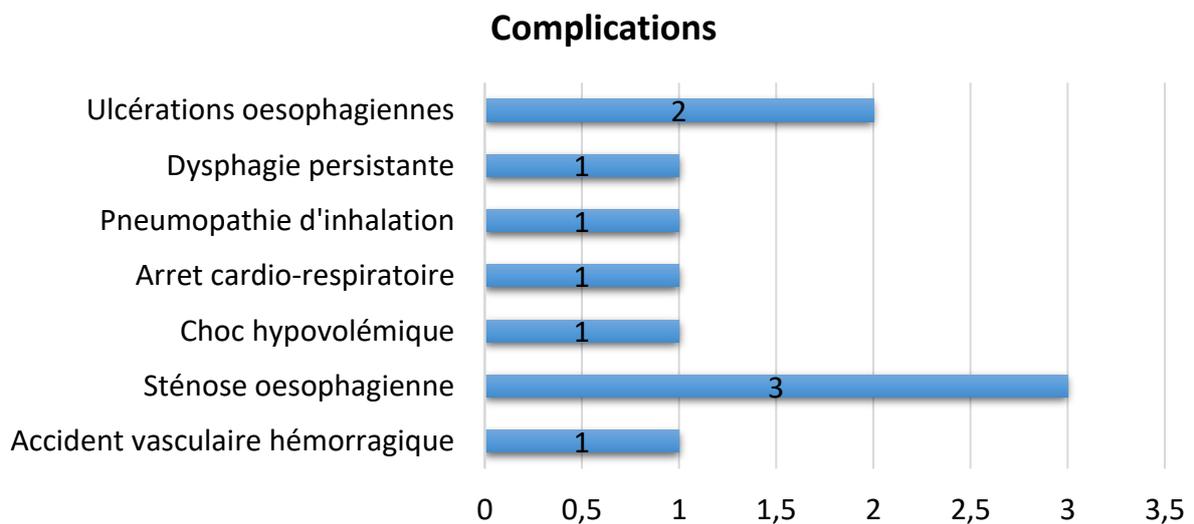


Figure 4 : Complications

Tableau XVIII : Bilan d'investigation des défaillances d'organe

Défaillance d'organes	Effectif	Bilan d'investigation
Accident vasculaire hémorragique	1	TDM cérébrale
Pneumopathie d'inhalation	1	Rx du thorax
Sténose œsophagienne	3	FOGD
Ulcérations œsophagiennes	2	FOGD
Arrêt cardio-respiratoire	1	NFS, Ionogramme, créat
Choc hypovolémique	1	NFS, Ionogramme, urée, créat, transa
Dysphagie persistante	1	FOGD

Tableau XIX : évolution des intoxications selon la circonstance

Circonstances de l'intoxication	Évolution		Total
	Favorable (n%)	Décès (n %)	
Volontaire	45	1	46
Involontaire	21	4	25
Abortive	1	0	1
Total	67	5	72

Les décès observés chez les patients ayant ingéré volontairement le toxique étaient de 4/5.

Tableau XX : évolution des cas d'intoxication selon la voie d'absorption de toxique

Voie absorption	Évolution		Total
	Favorable	Décès (n %)	
Digestive	63	2	65
Respiratoire	3	3	6
Sous cutané	1	0	1
Total	67	5	72

Les décès observés chez les patients ayant été intoxiqués par la voie respiratoire étaient de 3/5.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Données épidémiologiques

1.1. Fréquence globale

Au cours de notre étude de décembre 2019 à novembre 2020 il y'a eu 17818 admissions, nous avons colligé 72 intoxications aiguës soit une prévalence hospitalière de 0,40%. Un nombre réduit d'études analysant les intoxications aiguës qui sont hospitalisées en réanimation a été réalisé. Par contre il y'a un grand nombre d'études portant sur les intoxications aiguës prises en charge dans les services d'urgence.

Dans une étude faite par Modibo [5] du janvier 2001 au juin 2004 sur 50274 admissions il a recensé 250 cas d'intoxications aiguës soit une prévalence hospitalière de 0,49%.

Dans une étude faite par Irié Bi Gotri à Bouaké [17] de 2015 à 2018, sur un total de 1476 admissions, 131 patients ont été admis pour intoxications aiguës soit une prévalence hospitalière de 8,8%.

Dans une étude faite par Issa B Maiga [6] au Mali sur une période d'octobre 2005 à septembre 2006 il a recensé 186 cas d'intoxications aiguës dont 110 étaient d'origine médicamenteuse soit 59,1%.

Dans notre contexte 41,6% des cas d'intoxications étaient d'origine médicamenteuse et 19,4% des produits corrosifs.

Ces résultats témoignent de l'ampleur que prennent les intoxications dans le monde. Ceci peut être expliqué par la disponibilité des produits toxiques.

La différence de ces études avec la nôtre pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon, le type d'étude et la durée de l'étude.

Ces différentes études concordent avec la nôtre sur le fait que les intoxications médicamenteuses étaient les plus représentées.

1.2. Age

La tranche d'âge où nous avons enregistré le maximum des cas est de 21-25 soit 30,6%. Les jeunes âgés de 15-20 ans représentaient 20,8%.

Toutes les études ont montré que les intoxications aiguës touchent essentiellement les sujets jeunes :

Auteur	Tranche d'âge	Références
Doumbia MZ	20-24	[5]
Maiga Issa B	11-20	[6]
Drame B	21-40	[7]
Sabir H	<20ans	[18]

Ces résultats peuvent être expliqués par la grande impulsivité des sujets jeunes et leur incapacité à surmonter les problèmes socio-économiques auxquels ils sont confrontés.

1.3. Sexe

Nos patients étaient de sexe féminin à 51,4% et le sexe masculin a représenté 48,6% avec un sex-ratio de 0,94. Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans les différentes études suivantes :

Auteur	Pourcentage du sexe féminin	Références
Issa B Maiga	72,7%	[6]
Drame	62,4%	[7]
Mahdeb en Algérie	56,98	[19]

La prédominance du sexe féminin dans les intoxications aiguës peut être expliquée d'une part par le manque de scolarisation des jeunes filles et d'autre part par la vulnérabilité du statut social des femmes.

Dans les études incluant les enfants, une prédominance masculine a été notée du fait que les petits garçons sont plus exposés aux intoxications aiguës que des petites filles et c'est dans le cadre des accidents domestiques [20].

1.4. Profession :

Nous avons constaté une nette prédominance des élèves/étudiants avec 36,1%. Modibo Z [5] avait trouvé une prédominance des élèves/étudiants à 30%. Drame [7] dans son étude les élèves/étudiants étaient les plus représentés avec 31,51%.

Ces résultats peuvent s'expliquer d'une part par le taux élevé des tentatives de suicide pour échecs scolaires, conflits familiaux et autres difficultés sociales ; d'autre part par la fréquence de plus en plus élevée des grossesses non désirées chez les jeunes scolaires.

1.5. Lieu de résidence

Nos résultats montrent que les patients résidaient majoritairement à Bamako soit 86,1%. Ceci est très cohérent car c'est la capitale du pays, elle est la plus peuplée et se caractérise par divers brassages culturels. Par contre dans nos régions la vie de la société est plutôt traditionnelle avec une éducation basée sur nos coutumes et mœurs qui sont autant des facteurs qui ne favorisent pas les déclarations des intoxications volontaires. Une étude faite par Diallo [21] concorde avec la nôtre et rapporte que 74% des cas d'intoxiqués résidaient à Bamako.

1.6. Antécédents

Les problèmes psychiatriques sont fréquemment présents dans les antécédents des patients intoxiqués, expliquant l'impulsivité et la fragilité qui ont conduit à l'acte d'intoxication. Ainsi dans notre étude 95% des patients étaient sans antécédent pathologique et 5% avaient des antécédents psychiatriques.

2. Circonstances des intoxications

Les intoxications aiguës chez l'adulte sont souvent le résultat d'une tentative d'autolyse. Ceci ressort dans notre étude dans laquelle les intoxications étaient volontaires dans 63,9% des cas. En France le SAMU de Guyane a rapporté en 2005 que les intoxications aiguës étaient dans un but d'autolyse dans 58,8% des cas et accidentelles dans 34,1% des cas [22]. Tidiane Diallo [23] dans une étude trouve selon ses résultats, les tentatives d'autolyse et l'avortement par l'ingestion volontaire des produits toxiques sont les circonstances les plus communes respectivement 62,8% et 29% des cas.

3. Nature du produit

Dans notre série, 30 patients ont été victimes d'une intoxication médicamenteuse soit 41,6% de l'ensemble des intoxications aiguës ; suivis de produits corrosifs 19,4%. Les intoxications médicamenteuses sont liées aux antipaludéens dans 26,6%, au paracétamol dans 20%, aux benzodiazépines dans 13,3%, aux dérivés morphiniques dans 13,3%, aux Anti-inflammatoires dans 3,3%, et aux antihistaminiques dans 3,3%. L'intoxication était poly médicamenteuse dans 6 cas soit 20%.

Dans les études faites par Doumbia Z [5], Diallo [24] et Maiga [6] dans lesquelles les intoxications aiguës médicamenteuses ont représenté plus de 50% avec comme chef de file les antipaludéens.

De nombreuses études faites en France ont montré une prédominance des psychotropes dans les intoxications aiguës volontaires [25]. Ces différentes études nationales et internationales concordent avec la nôtre sur le fait que les intoxications médicamenteuses sont les plus fréquentes. Ces différents résultats permettent d'affirmer que la fréquence d'un médicament dans les intoxications est en rapport avec sa prescription, sa disponibilité et son accès facile.

4. Voie d'administration

La voie digestive reste la plus fréquente dans plus de 80% des cas dans les études nationales et internationales : Doumbia Z [5], Maiga [6], Zeidane [26] et Sabir [18]. Dans notre étude la voie orale a représenté 90,3% des cas.

5. Selon la clinique

Le tableau clinique était très variable en fonction du produit toxique

- Les principaux signes retrouvés sont des troubles digestifs dans 54,68% de l'ensemble des signes cliniques avec essentiellement des douleurs abdominales, vomissements, diarrhée et douleurs rétro-sternales
- Les troubles neurologiques et neuro-végétatifs étaient présents dans 31,25% de l'ensemble des signes cliniques dominés par altération de la conscience.
- Les troubles respiratoires dans 8,59% de l'ensemble des signes cliniques et dominés par hypersécrétions bronchiques et polypnée.
- Les troubles cardio-circulatoires dans 5,46% de l'ensemble des signes cliniques et dominés par la tachycardie.

Un article publié par Diango D M [27] a montré que les troubles digestifs étaient les plus fréquents suivis des troubles neurologiques. Ces résultats concordent avec notre étude et ces mêmes signes sont rencontrés dans la littérature lors de l'ingestion des toxiques.

6. Geste thérapeutique

La prise en charge des intoxications reste toujours basée sur le traitement symptomatique, traitement évacuateur et traitement spécifique.

Dans notre série tous nos patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique avec prise de voie veineuse périphérique, monitoring standard, perfusion du

sérum physiologique et traitement visé des symptômes apparus. Le lavage gastrique a été réalisé chez 29 de nos patients, 17 ont reçu le charbon activé. Le recours à l'intubation et ventilation a été fait chez 4 patients. Le traitement antidotique a été effectué chez 32 de nos patients.

7. Évolution

L'évolution était favorable chez 57 patients soit 79,2% des cas. Ces patients ont été adressés par la suite au service de psychiatrie pour complément de la prise en charge. Cette évolution a été souvent émaillée de complications chez 10 patients soit 13,8% des cas. Ces complications étaient d'ordre hémodynamique, neurologique, infectieux et atteintes œsophagiennes.

Au cours de notre étude une létalité de 6,9% a été observée. Deux décès sur 5 étaient dus aux intoxications par les hydrocarbures, deux autres décès étaient dus au monoxyde de carbone et le dernier décès était dû aux intoxications poly médicamenteuses.

Maiga [6] dans son étude trouve une évolution favorable dans 94,67% et une létalité de 2,7%. Sylla [28] dans un article publié trouve une évolution favorable dans 67,2% des cas et une létalité hospitalière dans 13,7% des cas.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Les intoxications aiguës constituent un problème majeur de santé publique. Elles sont volontaires dans la majeure partie des cas. Les jeunes et le sexe féminin sont les plus touchés. Le tableau clinique est dominé par les troubles digestifs dans notre contexte.

La prise en charge des intoxications connaît actuellement une remise en question, favorisant le traitement spécifique au traitement évacuateur et épurateur. Cependant, la conduite à tenir doit suivre un algorithme précis

Le pronostic de ces intoxications s'améliore grâce aux progrès récents de la réanimation et du traitement antidotique.

L'évolution est favorable dans la majorité des cas avec une faible létalité hospitalière.

Recommandations

Nous ne pouvons passer à l'issue de cette étude sans souligner certaines recommandations

❖ Aux autorités sanitaires

- Information, éducation, communication en matière de santé de la population pour le changement de comportement concernant les dangers des produits toxiques.
- Application de la réglementation de la vente des médicaments.
- Rendre les antidotes spécifiques disponibles.
- Doter les laboratoires de plateaux techniques adéquats pour la réalisation des examens de toxicologie.
- Créer un centre de toxicologie clinique médical au sein du CHU Gabriel TOURE.

❖ Aux personnels de santé

- Appliquer la réglementation sur la prescription des médicaments.
- Informer la population sur les gestes élémentaires devant tout cas d'I.A.
- Sensibiliser la population sur la consommation, la manipulation des médicaments et des produits potentiellement toxiques.
- Référer le plus tôt possible tous les cas d'I.A vers les services d'urgences.

❖ A la population

- Eviter des pratiques comme l'automédication et l'administration de substances en cas d'intoxication
- Amener tous les cas d'intoxications dans un service d'urgence ou à défaut au centre de santé le plus proche.
- Eviter de mettre les produits toxiques dans les récipients à usage domestique.

RÉFÉRENCES

- 1- Raya Brandenburg et al. In-hospital mortality and longterm survival of patients with acute intoxication admitted to the ICU. Crit care Med. 2014 jun.
- 2- Frédéric J Baud, Patricia Martel, Philippe Aegerter et al. Evolution de 1997 à 2008 des intoxications admises en réanimation. Données franciliennes (CUBRéa), 13-24,2013
- 3- Wang L, Wu Y, Yin P, Cheng P, Liu Y, schwebel DC et al. Poisoning deaths in china, 2006-2016, Bull world health organ 2018
- 4- OMS prise en charge des intoxications. Manuel de l'agent de santé 1999 ; 6 : 15-99
- 5- Modibo Z Doumbia. Intoxications aiguës aux urgences : aspects épidémiocliniques, thèse de médecine, Bamako 2005-2006
- 6- Issa Boubacar Maiga. Intoxications médicamenteuses aiguës au service des urgences du Gabriel Touré, thèse de médecine Bamako 2006
- 7- Ahmadou Ibrahim Drame. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service des urgences GT, thèse de médecine Bamako 2007
- 8- OMS. Les lignes directives pour la lutte contre les intoxications. Genève ; 1998 ; 115 p
- 9- Djila Mamadou. Les intoxications aiguës aux produits chimiques dans le service de réanimation des hôpitaux nationaux, régionaux et du service de pédiatrie de l'HGT. Thèse de pharmacie ; Bamako ; 5 ; 126p
- 10- Epidémiologie et facteurs de risque des intoxications volontaires au Mali dans santé publique 2013/3 (vol.25), P359-366
- 11- Tidiane Diallo, Hinde Hami, Ababacar Maiga et al. Epidémiologie et facteurs de risque des intoxications volontaires au Mali dans santé publique 2013/3 (vol.25), P359-366

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

- 12- Traoré A. Les intoxications aiguës dans le service de réanimation de l'HGT à propos de 111 cas. Thèse de médecine, Bamako 1991-1992, No 52
- 13- Elsevier Masson. CeMIR. Médecine intensive : réanimation, urgences et défaillance multiviscérale, 2018, France, 6ème édition, P395
- 14- Irié Bi GS, Pete Y, Benie AC et al. Epidémiologie et facteurs de mortalité des intoxications aiguës en réanimation à Bouaké de 2015 à 2018. Tome 35 N°3 2020
- 15- Mlle Sabir Halima. Prise en charge des intoxications aiguës au CHP de Mohammad V, thèse de médecine Marrakech 2016
- 16- Nadia Mahdeb. Etude épidémiologique des cas d'intoxications traitées à l'hôpital de Sétif entre janvier 2008 et Avril 2012. European scientific journal, January 2013, vol 9 N3
- 17- Moghadamnia A.A, Abdollahi.M. An epidemiological study of poisoning in northern Islamic Republic of Iran. Est Mediter. Health jour. Vol 8 N°1 2002
- 18- C Mayence, G Egnann. Les intoxications aiguës en Guyane française, enquête rétrospective descriptive sur l'année 2005 au SAMU de Guyane, journal européen des urgences Mars 2008 vol 21 NS-1
- 19- Abouali F, Jouatri W, Jdi M et al. Intoxications médicamenteuses au Maroc, 10 Mars 2006, Premier congrès national de la société de toxicologie clinique et analytique, Rabat 10-11 Mars 2006
- 20- Diango D, Teme A, Ag Iknane et al. Aspects épidémiocliniques et pronostics des I.A aux médicaments et autres produits chimiques au Mali, Mali santé publique 2011, Tome 1 N002, P 102-103
- 21- Sylla Mariam, Coulibaly Y, Dicko F.T et al. Intoxications aiguës accidentelles chez l'enfant au service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré, Mali médical 2006, Tome21 N2 P50-51

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

ANNEXES

Fiche d'enquête

1- Identification du patient :

N° dossier /...../

Date d'admission : /...../...../...../

Heure d'admission : /..... /..... /

Nom : //

Prénom : / /

Age : / / Ans

Sexe : M /... / F / /

Profession : / /

Provenance : / /

2- type d'intoxication :

Alimentaire : /..... /

Médicamenteuse : / /

Autres (à préciser) : / /

3- lieu d'intoxication :

Domicile : /...../

Milieu hospitalier : /...../

Champs :

Autres (à préciser) : //

4- Voies d'intoxication

Digestive : / /

Cutanée : / /

Respiratoire : / /

Autres (à préciser) : / /

5- circonstances d'intoxication :

Tentative d'autolyse : / /

Tentative d'abortive : / /

Travaux champêtres : / /

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré

Tentative d'homicide : / /

Autres (à préciser) : / /

6- Nature du produit toxique :

Alimentaire : / /

Médicamenteuse : / /

Organophosphoré : / /

Organochloré : / /

Autres (à préciser) : / /

7- Tableau clinique présenté à l'entrée :

Signes fonctionnels :

--

Signes physiques :

--

Manifestations neurologiques :

--

Manifestations digestives :

--

Autres manifestations :

--

8- Traitement à l'entrée :

- Lavage gastrique : / /
- Lavage cutané : / /
- Administration antidote : / /
- Autres gestes thérapeutiques : / /

9- Orientation du patient :

- Accueil : / /
- Déchoquage : / /
- Réanimation : / /
- Autres (à préciser) : / /

10- Evolution :

- Durée de séjour : / / en jour
- Survenu de complications : Oui / / (si oui à préciser)
Non / /
- Sortie sans séquelles : Oui / / (si oui à préciser)
Non / /
- Transfert dans un autre service : Oui / / (si oui à préciser)
Non / /
- Décès : Oui / /
Non / /

Fiche signalétique

Nom : N'DIAYE

Prénom : OUSMANE

Titre de thèse : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Gabriel Touré.

Année universitaire : 2020-2021

Ville de soutenance : BAMAKO

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

Résumé :

Les intoxications aiguës constituent un motif fréquent d'admission aux urgences. Nous avons réalisé une étude prospective s'étalant sur un an, incluant les intoxications aiguës admises aux urgences du Gabriel Touré. Elle a permis de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës dans le service. Durant la période 72 patients ont été admis pour intoxication aiguë. La tranche d'âge la plus représentée était de 21-25 ans avec une prédominance féminine de 51,4%. Les intoxications étaient dans un but d'autolyse dans 63,9% des cas. Les médicaments constituaient le toxique le plus incriminé dans 41,6% des cas avec en tête les antipaludéens. La symptomatologie était dominée par les troubles digestifs 54,68% des cas, les troubles neurologiques ont été retrouvés chez 31,25% des cas. La prise en charge de nos malades était symptomatique dans la majorité des cas, le lavage gastrique a été réalisé chez 29 de nos patients et 17 ont reçu le charbon activé. Le traitement antidotique a été instauré chez 32 patients. L'évolution était favorable dans 79,2% des cas avec une létalité hospitalière de 6,9% des cas.

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'Être 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'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, 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 reçue 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.

Je le jure !