

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION  
NATIONALE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI**  
Un Peuple – Un But – Une Foi

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007**

**N°...../**

**Thèse**

**Les intoxications médicamenteuses aiguës  
au service des urgences du CHU Gabriel  
TOURE**

**(A propos de 110 cas d'Octobre 2005 à Septembre 2006)**

**Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2007  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-stomatologie**

**Par M : Issa Boubacar MAIGA**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

**PRESIDENT :** Professeur Amadou DIALLO  
**MEMBRES :** Professeur Ababacar I. MAIGA  
**CO-DIRECTEUR :** Docteur Nouhoum DIANI  
**DIRECTEUR DE THESE :** Professeur Abdoulaye DIALLO

# FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

## **ADMINISTRATION**

**DOYEN** : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR** : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

**2<sup>eme</sup> ASSESSEUR** : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

**SECRETAIRE PRINCIPAL**: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

**AGENT COMPTABLE**: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

## **LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Mr Mamadou M KEITA

Ophthalmologie

Orthopédie Traumatologie Secourisme

Pneumo-physiologie

Hématologie

Chirurgie générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Médecine Interne

Gastro-Entérologie

Pédiatrie

*Mr Sinè BAYO*

*Anatomie-Pathologie-Histoembryologie*

*Mr Sidi Yaya SIMAGA*

*Santé Publique, Chef de D.E.R*

Mr Abdoulaye Ag RHALY

Médecine Interne

Mr Boukassoum HAIDARA

Législation

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE

Chirurgie Générale

Mr Sambou SOUMARE

Chirurgie Générale

Mr Abdou Alassane TOURE

Orthopédie Traumatologie, **Chef de D.E.R**

Mr Kalilou OUATTARA

Urologie

Mr Amadou DOLO

Gynéco-obstétrique

Mr Alhoussemi Ag MOHAMED

O.R.L.

Mme Sy Aida SOW

Gynéco-obstétrique

Mr Salif DIAKITE

Gynéco-obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO

Anesthésie-Réanimation

Mr Djibril SANGARE

Chirurgie Générale

Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP

Chirurgie Générale

## 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale et Thoracique
Mr Youssef COULIBALY	Anesthésie –Réanimation

## 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto- Rhino- Laryngologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto- Rhino- Laryngologie
Mr Boureima MAIGA	Gynéco- Obstétrique

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histo- embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdourahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
M. Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie, Entomologie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Drapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	Radiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheïck Oumar GUINTO	Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar MAIGA	Toxicologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique

### **4. ASSISTANTS**

Mr Saïbou MAIGA	Législation
-----------------	-------------

Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

**D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

**1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

**3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique  
Mr Adama DIAWARA Santé Publique  
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique  
Mr Massambou SACKO Santé Publique  
M. Alassane A. DICKO Santé Publique  
Mr Mamadou Sounkalo TRAORE Santé Publique

**4. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale  
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie  
Mr Oumar THIERO Biostatistique  
Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

**CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA Botanique  
Mr Boubou DIARRA Bactériologie  
Mr Salikou SANOGO Physique  
Mr Boubacar KANTE Galénique  
Mr Souleymane GUINDO Gestion  
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques  
Mr Modibo DIARRA Nutrition  
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du milieu  
Mr Mahamadou TRAORE Génétique  
Mr Yaya COULIBALY Législation  
Lassine SIDIBE Chimie organique

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr Doudou BA Bromatologie  
Pr Babacar FAYE Pharmacodynamie  
Pr Mounirou CISSE Hydrologie  
Pr Amadou DIOP Biochimie  
Pr Lamine GAYE Physiologie



**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

### *Je dédie ce travail*

A ALLAH le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Clément, pour m'avoir accordé la vie, la santé et permis la réalisation de cette étude.

A toi je remets toute mon existence.

Et à son Prophète Mohamed (Salut et Paix sur Lui)

### **A mon père : Boubacar MAIGA**

Tes sens de responsabilité, d'éducation ont marqué à jamais tes enfants.

Ce travail est le fruit de ton dévouement pour la réussite de tes enfants.

Je te remercie de m'avoir mis à l'école.

Trouves ici cher père, par ce présent travail ma reconnaissance et l'expression de mon affection envers toi.

Qu'ALLAH notre Seigneur t'accorde longue vie et excellente santé. Amen !

### **A ma mère : Kadiatou SIDIBE**

Tu as guidé mes premiers pas dans la vie et travaillé durement afin que tous tes enfants aient une assise solide pour affronter le dur combat de la vie. Tes conseils, tes bénédictions m'ont toujours aidé dans les instants les plus durs de la vie. Ton sens élevé de l'honneur, ton amour pour le prochain, ton courage, ta générosité, ton affection pour tes enfants, tes sacrifices consentis, a été le secret de notre réussite.

Chère mère, trouve ici un motif de consolation d'espérance et aussi un témoignage de mon amour pour toi.



Puisse ALLAH t'accorder meilleure santé et longue vie à côté de tes enfants.  
Amen !

### **A la mémoire de ma Tante Bintou DIARRA**

J'aurai voulu que tu sois parmi nous en ce jour solennel.

Tu as été pour moi plus qu'une Tante, tu m'as choyé, dorloté, les mots me manquent pour exprimer toute ma reconnaissance et mon affection pour toi.

Maman prime, puisse ce modeste travail me permettre de me prosterner sur ta tombe et te remercier de tout.

Dors en paix Maman.

### **A tous mes oncles et tantes : souffrez d'avoir tu vos noms.**

Les soutiens moraux, les sages conseils, les bénédictions et les sentiments d'affection que vous ne cessez de m'apporter sont sources d'encouragement pour moi.

### **A mes grands-parents**

Je n'ai pas eu la chance de vous connaître tous, mais je suis très fier de vous.

### **A mes frères et sœurs**

Ma vie n'aura de sens sans vous ; votre amour, votre tendresse, votre assistance morale et matérielle, vos conseils et suggestions ne m'ont jamais fait défaut.

Mon souci, mon souhait est de ne pas vous décevoir, que vous soyez fiers de moi.

Trouvez dans ce modeste travail l'expression de mon indéfectible attachement fraternel.

### **A mes cousins et cousines**

Vous m'aimez autant que je vous aime. Puisse ce travail renforcer les liens sacrés qui nous unissent.

### **A mes neveux et nièces**

Vous me donnez la joie de vivre et de faire vivre. Que vous ayez la soif du savoir et que ce travail puisse vous servir de source d'inspiration et d'exemple.

### **A la mémoire de mon collègue et ami : Abdoul Fatah TRAORE**

Arraché à notre affection ce samedi 23 septembre 2006 suite à un tragique accident de route, tu nous as beaucoup séduit par ta combativité, ta générosité et ton sens élevé de l'humanisme.

Dors en paix cher collègue.

## **REMERCIEMENTS**

Dr Nouhoum Diani, Dr Mahamdou Abdoulaye Cissé, Dr Boubou Kassambara, Dr Siakia Sanogo, Dr Souleymane Sidibé, Dr Mamadou Mariko, Dr Adama Sogodogo, Dr Baré Ouologuem.

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.

**A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**

**Aux professeurs du Lycée Ibrahim Ly, du second cycle « B » de Niono.**

**Aux enseignants du 1<sup>er</sup> cycle Niono II**

Pour la connaissance rendue.

**Au personnel du service des Urgences de l'Hôpital Gabriel Touré**

**A tout le personnel du service des Urgences,** merci pour votre étroite et franche collaboration.

**A mes aînés du service**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

**A mes collègues et promotionnaires du service :** en souvenir des bons moments passés ensemble.

Merci pour votre complicité et votre franche collaboration.

**A mes cadets du service et de la FMPOS**

Merci pour le respect et la confiance.

Courage et détermination.

**A mes promotionnaires et camarades de la FMPOS**

En souvenir des années passées ensemble, merci pour votre complicité, votre étroite et franche collaboration.

**A mes ami (es)**

Merci pour tout ce que vous avez fait et que vous continuez à faire pour moi.

Trouvez ce travail le vôtre.

**A tous ceux qui de près ou de loin ont pris part à la réalisation de ce travail.**

Encore merci.

## **AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury**

**Professeur Amadou DIALLO**

**Professeur agrégé en Biologie animale**

**Vice Recteur de l'Université de Bamako**

Honorable maître ;

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre grande culture scientifique, vos qualités de bon enseignant, votre amour du travail bien fait, expliquent l'estime que vous portent tous les étudiants de la Faculté.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre grande admiration et notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Juge**

**Professeur Ababacar I MAIGA**

**Maître de Conférences agrégé en Toxicologie**

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie.

Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Permettez nous, cher maître de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.

**A notre Maître et Codirecteur de Thèse**

**Docteur Nouhoum DIANI**

**Spécialiste en Anesthésie Réanimation**

**Chef de Service des Urgences Médico-chirurgicales de l'Hôpital  
Gabriel Touré**

Je ne saurais vous remercier suffisamment de m'avoir accepté dans votre service et de m'avoir confié ce travail.

Cher Maître, nous garderons de vous un homme de science et un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité constante et surtout votre honnêteté font de vous un maître respecté et un exemple à suivre.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect et notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Abdoulaye DIALLO**

**Médecin Colonel**

**Maître de Conférences agrégé en Anesthésie Réanimation**

**Chef de service d'Anesthésie Réanimation de l'Hôpital Gabriel Touré**

Cher Maître ;

Votre disponibilité constante, votre compétence, votre exigence pour le travail bien fait, vos immenses qualités humaines nous ont marqué à jamais.

La clarté de votre enseignement et votre grande culture scientifique imposent respect et admiration.

Soyez rassuré cher maître de notre profonde gratitude.

## **SOMMAIRE**

	Pages
DEDICACES	
REMERCIEMENTS	
I- INTRODUCTION	1
Objectifs	3
II- GENERALITES	4
1- Définition	4
2- Types d'intoxication	4
3- Mécanismes	4
4- Voies de pénétration des toxiques	5
5- Conduite à tenir devant une intoxication	6
III- METHODOLOGIE	25
1- Cadre et lieu d'étude	25
2- Type d'étude	28
3- Période d'étude	28
4- Population d'étude	28
5- Echantillonnage	28
6- Critères d'inclusion	28
7- Critères de non inclusion	28
8- Collecte de données	29
9- Paramètres étudiés	29
10- Ethique	29
11- Analyse des données	29
IV- RESULTATS	30
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	46
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	51
VII- REFERENCES	54



## **Abréviations**

AAS : Acide acétyl salicylique

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

ASP : Abdomen sans préparation

BAL : Bristisch anti Lewisite (2, 3, dimercaptopropranol)

CHU : Centre hospitalier universitaire

CO : Monoxyde de carbone

DDT : Dichlorodiphényl trichloroacétique

DL : Dose léthale

EDTA : Ethylène diamine tetracétique acide (acide édetique)

ECG : Electrocardiogramme

EEG : Electroencéphalogramme

FC : Fréquence cardiaque

Fe : Fer

FO : Fond d'œil

FR : Fréquence respiratoire

g : gramme

Hb : Hémoglobine

Ht : Hématocrite

HGT : Hôpital Gabriel Touré

IM : Intramusculaire

IV : Intraveineuse

j : jour

kg : Kilogramme

NFS : Numération formule sanguine

O<sub>2</sub> : Oxygène

PA : Pression artérielle



# **INTRODUCTION**

## I - INTRODUCTION

L'intoxication aiguë se définit comme l'ensemble des manifestations pathologiques consécutives à l'ingestion d'aliments ou à l'absorption de produit ou de drogue qui se comporte comme un poison dans l'organisme. On appelle poison toute substance qui produit une action délétère sur l'organisme [29].

Selon l'OMS, l'intoxication s'inscrit dans le cadre global des affections accidentelles et/ou volontaires [28].

Les intoxications aiguës représentent une charge de travail importante pour la médecine pré hospitalière, les services d'accueil des urgences, les services de réanimation, ou les centres antipoison dans beaucoup de pays. En France l'incidence des intoxications médicamenteuses augmente régulièrement depuis une trentaine d'année passant de 1-1,5 intoxications pour 1000 habitants en 1970 à 5-6 intoxications pour 1000 habitants en 1990 [22].

L'incidence annuelle actuelle des intoxications médicamenteuses volontaires est estimée à environ 4 pour 1000 habitants [22].

La mortalité liée aux intoxications médicamenteuses est assez considérable. Aux Etat Unis, dans l'Etat de l'Utah, il était relevé une augmentation d'un facteur 5 du nombre des morts toxiques passant de 79 en 1991 à 391 en 2003 [7]. Il y aurait plus de 2000 décès par intoxications médicamenteuses chaque année en France [29].

Au Mali, Traoré A [33] sur une période d'une année allant d'octobre 1991 à septembre 1992 au service de réanimation du CHU Gabriel Touré a trouvé 111 cas d'intoxication dont 63,3% étaient d'origine médicamenteuse. Guindo T [14] a trouvé 732 cas d'intoxications dont 104 intoxications médicamenteuses soit 14,2% sur une période de 5 années de 2000 à 2004 à l'hôpital du Point « G ». La multiplication des médicaments, le nombre croissant des intoxications médicamenteuses ainsi que la délicatesse de leur prise en charge


ont accru le champ d'application de la toxicologie actuelle. A l'heure où les maladies infectieuses sont pour leur majorité contrôlées par des médicaments, où les phénomènes pathologiques mécaniques ou d'usure de l'organisme sont bien démembrés ; les processus toxiques apparaissent probablement responsable d'une grande partie des pathologies subsistantes. Ainsi dans les cancers et les réactions immunitaires, la notion d'agent provocateur toxique est désormais systématiquement recherchée. De ce fait plusieurs démarches sont actuellement bien systématisées : clinique, analytique, biologique, expérimentale.

Au Mali ainsi que dans beaucoup d'autres pays, les intoxications sont traitées soit en pédiatrie, soit en réanimation alors que nous assistons de plus en plus à la création des centres antipoison et au développement de la toxicologie clinique comme discipline hospitalo-universitaire dans les pays développés.

Voici à cet effet une déclaration des toxicologues cliniciens en 1987 (France) :  
« Nous, toxicologues, cliniciens, sommes reconnaissants envers nos maîtres, GAUTHIER M, ROCHE L, FOURNIER, d'avoir isolé en France, cette formation carrefour entre cinq disciplines (médecine interne, réanimation, anesthésiologie, médecine légale et médecine professionnelle). Nous sommes conscients de la contrainte que représente pour nous le fait de travailler sur des organismes entiers, vivants et la nécessité de maintenir dans nos approches diagnostiques ou thérapeutiques, non seulement la vie, mais aussi l'intégrité des organes ; handicap mais aussi défi qui nous sépare des toxicologues expérimentaux. Nous pensons que l'enjeu pour la nation que représentent les intoxications accidentelles ou volontaires est numériquement et économiquement très important pour que la spécialité toxicologie clinique ne finisse par émerger en tant que discipline hospitalo-universitaire ».

Malgré les différentes études menées sur les intoxications aiguës médicamenteuses au Mali et ailleurs ; elles constituent de nos jours un problème majeur de santé publique.

Le présent travail a été inspiré par la fréquence élevée des intoxications médicamenteuses et les difficultés liées à leur prise en charge



# **OBJECTIFS**

## **1- Objectif général**

Déterminer la fréquence des intoxications médicamenteuses aiguës au service des Urgences du CHU Gabriel Touré.

## **2- Objectifs spécifiques**

- ✓ Décrire les principaux signes cliniques et symptômes présentés par les patients admis aux urgences pour intoxication médicamenteuse,
- ✓ Identifier les médicaments en cause, les motifs et circonstances de survenue,
- ✓ Evaluer le pronostic à court terme des intoxications médicamenteuses au service des urgences,
- ✓ Proposer des mesures préventives permettant de fléchir la tendance actuelle.



# **GENERALITES**

## **II- GENERALITES**

### **1- DEFINITION**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'intoxication aiguë est l'ensemble des manifestations pathologiques consécutives à l'ingestion d'aliment ou à l'administration de produits ou de drogues qui se comportent comme un poison dans l'organisme [29].

### **2- TYPES D'INTOXICATION**

#### **2-1- Intoxications volontaires**

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

#### **2-2- 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, négligence ou le désordre des parents, le transvasement des médicaments dans des récipients à usage domestique.

### **3- MECANISME DES INTOXICATIONS**

L'action du poison sur l'organisme se fait selon deux mécanismes :

- **Endogène** : c'est la toxicose par les substances produites dans l'organisme soit par germes vivants, soit par l'organisme lui-même (déchet de nutrition, on parle dans ce cas d'auto-intoxication) [12].

- **Exogène** : c'est la toxicose par des substances produites en dehors de l'organisme, tels que : les plantes, les médicaments, les venins etc.

Les toxiques interviennent au niveau des sites cellulaires et agissent sur des cibles moléculaires dont la nature chimique est variable : protéines de



structures (membranes) ; les enzymes ; les transporteurs (hémoglobines) ; les coenzymes ; les lipides ; les acides nucléiques etc.

Des effets spécifiques résultent de la présence des récepteurs qui interviennent dans les mécanismes d'action des molécules toxiques.

Classiquement, on distingue deux groupes d'intoxications : les intoxications aiguës et les intoxications chroniques [12].

**3-1- 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.

**3-2- 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 parce que les effets engendrés par l'exposition répétée s'additionnent sans que le toxique ne s'accumule dans l'organisme.

#### **4- VOIES DE PENETRATION DES TOXIQUES**

**4-1- Voie cutanée** : se voit surtout avec les produits caustiques, les substances radioactives, les pesticides (et toutes substances liposolubles).

**4-2- Voie orale** : les intoxications par cette voie sont très fréquentes. La gravité dépend du produit en cause, de la dose ingérée, de la présence ou non de pathologie associée, de la rapidité et de l'efficacité du traitement entrepris.

**4-3- Voie parentérale** : l'intoxication par cette voie est très dangereuse, le plus souvent accidentelle due aux erreurs thérapeutiques, mais peut se voir aussi en cas de toxicomanie par injection.

**4-4- Voie pulmonaire** : l'évolution peut être foudroyante et la mort survient par asphyxie. Les produits fréquemment en cause sont : les produits volatils (tels que le pétrole, les solvants, le mazout etc.), les gaz, la poussière.

## **5- CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INTOXICATION**

**5-1- Diagnostic positif** : l'examen clinique précise la symptomatologie de l'intoxication, recherche les signes de gravité et permet de poser les indications thérapeutiques dans l'immédiat.

L'interrogatoire est le temps le plus capital du diagnostic. Il s'adresse à l'intoxiqué lui-même, s'il est en mesure de répondre aux questions ou à son entourage dans le cas contraire (enfant, malade mental, malade dans le coma etc.).

L'interrogatoire détermine la nature du produit, la quantité supposée ingérée, le temps écoulé, les circonstances de l'intoxication.

L'examen physique en urgence permet une évaluation rapide des fonctions vitales (cardiovasculaire, respiratoire) de l'état neurologique. Il recherche les signes d'orientation étiologique.

La symptomatologie de l'intoxication est très polymorphe, dépend du produit en cause, de la quantité ingérée, de la voie de pénétration, du délai écoulé avant le traitement. Elle peut être initialement digestive (c'est la voie de pénétration la plus fréquente) puis neurologique par fixation du toxique sur le système nerveux et tardivement viscérale ou hématologique selon l'affinité du produit pour tel ou tel organe.

C'est ainsi qu'on observe des signes :

- cardiovasculaires et neurosensoriels dans les intoxications à la chloroquine et à la quinine ;

- digestifs et hématologiques avec les AINS ;
- digestifs et hépatiques avec le paracétamol ;
- hématologiques avec les anticoagulants ;
- respiratoires et neurologiques avec les barbituriques, les opiacés, les benzodiazépines.

Cette description, incomplète du polymorphisme symptomatique des intoxications rend bien compte de la difficulté de diagnostic étiologique, quand la substance ingérée est inconnue ou imprécise.

## **5-2- Le traitement général des intoxications**

Le traitement des intoxications aiguës associe trois principes dont les effets sont complémentaires :

### ***5-2-1- Le traitement évacuateur et épurateur :***

Le traitement évacuateur diminue l'absorption des toxiques, tandis que celui épurateur augmente leur élimination. Entrepris à temps, ils diminuent tous les deux la gravité potentielle d'une intoxication.

L'absorption digestive peut être diminuée par :

#### **⇒ L'élimination gastrique [1]**

On peut utiliser comme méthode

#### **➤ Le vomissements provoqués**

##### **• *L'attouchement pharyngé***

Après avoir fait ingérer 2 à 4 grammes de NaCl dissout dans 250 à 500 ml d'eau tiède, les vomissements seront induits par attouchement du pharynx à l'aide du dos moussé d'une cuillère. L'intérêt de cette méthode réside dans la facilité et la rapidité avec laquelle peut être mise en œuvre par l'entourage de l'intoxiqué.

• *L'administration de sirop Ipéca*

A raison d'une cuillerée à café pour 10 kg de poids, diluée dans dix fois son volume d'eau. Cette méthode présente certains avantages : les vomissements sont particulièrement abondants, et obtenus une vingtaine de minute après l'administration du sirop d'ipéca. Il permet l'évacuation du toxique ayant déjà franchi le pylore, le sirop d'ipéca conserve ses propriétés vomitives vis-à-vis des dérivés phénothiasidiques et antihistaminiques.

Sa posologie doit être strictement respectée car un surdosage peut entraîner des troubles sévères des fonctions cardiaques.

• *L'administration d'apomorphine :*

Le chlorhydrate d'apomorphine est habituellement réservé aux adultes. Certains auteurs le préconisent chez l'enfant à la dose de 0,60 mg/kg de poids en injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse.

Il permet d'obtenir généralement dans les six minutes, des vomissements répétés, violents, souvent sanglants. Il est très efficace quant à l'évacuation du toxique.

• *L'administration de sulfate de cuivre*

Le sulfate de cuivre est surtout utilisé chez l'enfant. La posologie est de 0,15 g chez l'enfant inférieur à dix mois, 0,25 g chez l'enfant de plus de dix mois, dissout dans 20 ml d'eau tiède. Si dans 20 minutes il n'y a pas de vomissement, on peut répéter la même dose.

➤ **Le lavage gastrique**

Le lavage gastrique est réalisé chez un patient couché en position latérale de sécurité. Il se fait par l'introduction d'une sonde de calibre suffisant (dit tube de Faucher) dans l'estomac (soit en passant par la voie nasogastrique ou par la voie bucco-gastrique).

La sonde est munie à son extrémité d'un entonnoir qui reçoit le liquide de lavage. Le lavage gastrique peut se faire avec du sérum physiologique simple, ou un mélange à part égal de sérum physiologique et d'eau tiède ou à défaut, il peut se faire avec de l'eau salée (2 à 5 g de NaCl dissout dans 500 ml à 1 l d'eau) alternée d'eau simple pour éviter une hyponatrémie. Pour être efficace le lavage doit être :

- accompagné de « brassage gastrique » au travers de la paroi abdominale afin de laver l'ensemble de l'estomac,
- abondant : 10 à 30 litres de liquide chez l'adulte ; 100 à 300 ml /kg de poids chez l'enfant.

En fin de lavage on administre du charbon activé 30 à 50 g chez l'adulte ; 1 g/kg de poids chez l'enfant.

Le charbon activé possède une propriété d'absorption assez importante vis-à-vis des toxiques administrés par voie orale.

En cas d'altération de la conscience, de convulsion, le lavage gastrique est réalisé après protections des voies aériennes supérieures. Le lavage gastrique est contre-indiqué :

- en cas d'ingestions de produits corrosifs à cause des risques de lésions oesophagiennes de retour,
- en cas d'ingestion de produits moussants, des produits volatils à cause du risque d'inhalation.

### ► La purgation

C'est une méthode d'évacuation très efficace en cas d'intoxication par les substances à absorption lente. Elle peut être associée au lavage gastrique car permet une évacuation du toxique au niveau intestinal. La purgation saline a peu de contre-indication, utilise le sulfate de sodium à la dose de 30 g dans 250 ml d'eau chez l'adulte. On peut utiliser les purgatifs huileux telle que l'huile de paraffine. Ces purgatifs huileux sont à proscrire de même que le lait et les boissons alcoolisées en cas d'ingestion de :

- naphthalène, de paradichlorobenzène (déodorant),

- tétrachlorure de carbone,
- organochlorés (exemple : Lindane, Aldiène, DTT),
- organophosphorés (parathion, malathion),
- phosphore.

La propriété de solvant, des purgatifs huileux, du lait de l'alcool permet une accélération de l'absorption intestinale de ces produits sus cités.

La purgation est contre-indiquée en cas d'ingestion de produits corrosifs à cause du risque de lésions intestinales.

#### ⇒ Le traitement épurateur

##### ► L'épuration rénale [9]

Elle est rarement nécessaire dans les intoxications médicamenteuses aiguës car la plupart des toxiques sont métabolisés et éliminés par le foie.

- **La diurèse forcée alcalinisante** : les meilleures indications de la diurèse forcée alcalinisante sont les intoxications par l'aspirine et les intoxications par les barbituriques. Il faut alors perfuser un soluté isotonique composé :

- \* pour 2 / 3 de sérum glucosé à 5% avec 3 grammes par litre de chlorure de potassium ;
- \* et pour 1 / 3 de bicarbonate de sodium à 14 pour mille, perfusé sur la base de 3 à 4 litres par mètre carré de surface et par jour, pour assurer une diurèse de 3 à 6 ml/kg/heure.

La surveillance clinique doit être extrêmement rigoureuse à cause du risque de surcharge, œdème aigu pulmonaire, troubles électrolytiques. Les urines doivent être comptabilisées et la mesure du pH urinaire faite pour maintenir un pH entre 7,5 et 8.

La diurèse forcée est contre indiquée en cas d'insuffisance rénale et/ou cardiaque.

Pour rappel, on calcul la surface corporelle par la formule

$$SC = (4P+7) / (P+90).$$

SC= surface corporelle en m<sup>2</sup>

P=poids en kg

➤ **L'épuration extrarénale [1]** : elle est réalisée en cas d'intoxication massive par toxiques dialysables ou chez les intoxiqués à fonction rénale et/ou cardiaque perturbée interdisant toute épuration rénale.

Elle se fait soit par dialyse péritonéale, soit par hémodialyse.

➤ **L'exsanguino-transfusion [1]** en dehors des grandes hémolyses et méthémoglobinémies, elle est d'indication rare en toxicologie où elle doit être entreprise très vite.

### ***5-2-2- Le traitement symptomatique***

Il a pour but de corriger immédiatement une défaillance vitale, de rétablir ou de conserver l'homéostasie du milieu intérieur. Un traitement symptomatique bien conduit est souvent suffisant pour assurer une évolution favorable de nombreuses intoxications.

Exemples :

- un état de mal convulsif,
- un œdème aigu du poumon,
- une insuffisance respiratoire,
- un collapsus cardiovasculaire,
- un arrêt cardiaque.

Tous ces symptômes engageant vite le pronostic vital sont pris en charge par le traitement symptomatique.

### ***5-2-3- Le traitement antidotique ou spécifique [1]***

Un antidote est un médicament dont l'action spécifique a pu être établie capable soit de modifier la cinétique du toxique, soit d'en diminuer les effets au niveau des récepteurs ou cibles spécifiques et dont l'utilisation améliore le pronostic vital ou fonctionnel de l'intoxication.

Le traitement spécifique est un complément précieux des mesures évacuatrices et symptomatiques. Dans certains cas il apporte la preuve d'une intoxication supposée mais non confirmée devant tels ou tels signes présentés par le sujet : exemples : l'injection du flumazénil pour les benzodiazépines, le nalaxone pour les opiacés.

L'antidote agit selon les mécanismes suivants : modification de la toxicocinétique, de la toxicodynamie, le traitement des effets du toxique.

En cas d'administration de l'antidote par voie digestive, il est préférable de ne pas donner du charbon activé car pouvant perturber l'absorption de ce dernier.



Tableau I : Principaux antidotes utilisés dans les intoxications  
médicamenteuses aiguës [23]

Antidote	Indication	Posologie
Nalaxone (Narcan®)	Opiacés	0,1 à 0,5 mg/kg en IV
Flumazenil (Anexate®)	Benzodiazépines	10µg/kg en IV Puis 10µg/kg/h
N-Acétylcystéine (Mucomyst®)	Paracétamol	Dose de charge : 150 mg/kg/30 mn en IV puis 50 mg/kg/4h en perf. Ou per os
Fragment Fab	Digoxine	80 mg de Fab en IV
Antidigitoxine (Digidot®)	Digitoxine	Pour 1 mg de digitoxine ingérée , inj de 10µg/kg en IV puis 10µg/kg/h en perf.
Vitamine K1	Anticoagulants Coumariniques	20 mg per os ou IV à renouveler
Isoprénaline (Isuprel®)	Bêtabloquants	1µg/kg en IV plus perf continue de 0,1µg/kg/mn
Diazépam	Chloroquine	1 à 4 mg/kg en 30 mn comme dose de charge, puis 0,5 à 1 mg/kg en perf.

### **5-3- Etude des intoxications médicamenteuses aiguës les plus fréquentes**

#### ***5-3-1- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)***

Dérivés de l'acide aryle carboxylique (diclofénac, ibuprofène, indométacine, oxicam, acide niflumique, kétoprofène), ils ont en commun certaines actions thérapeutiques, certains effets secondaires chimiques et biologiques. Ce sont des irritants de la muqueuse digestive.

Lors d'intoxications aiguës massives, il peut avoir :

- des troubles digestifs à type d'épigastralgie,
- d'hémorragies digestives,
- des troubles rénaux (protéinurie, hématurie, oligurie etc.) et/ou hépatiques (cytolyse hépatique),
- des troubles de la conscience avec agitation, souvent même coma.

Le traitement est purement symptomatique en plus de l'évacuation gastrique et du pansement gastrique. Ce traitement nécessite une surveillance rigoureuse du patient et une prise en charge rapide de la moindre complication.

#### ***5-3-2- Intoxication aiguë à l'aspirine***

L'acide acétylsalicylique possède une propriété antalgique, antipyrétique, anti-inflammatoire et antiagrégant plaquettaire. Il est de moins en moins utilisé au profit du paracétamol et des dérivés de l'acide aryle carboxylique (diclofénac, ibuprofène, oxicam etc.). Sa dose toxique est de l'ordre de 100 à 150 mg/kg/jour sans méconnaître la sensibilité particulière de certaines personnes. L'aspirine est métabolisée au niveau du foie, 25% sont oxydés et 75% sont éliminés sous forme d'acide salicylique dans les urines. Cette élimination urinaire varie énormément en fonction du pH urinaire.

La symptomatologie est fonction du degré d'intoxication. Dans les intoxications modérées : on observe les troubles digestifs à types de vomissements,

fréquents parfois sanglants, de gastralgies, d'hémorragies digestives. Des agitations, des troubles de la conscience et respiratoires peuvent s'observer. En cas d'intoxication sévère : un coma profond s'installe avec convulsions, hyperthermie, hypersudation, hyperpnée. Une déshydratation globale importante peut se greffer au tableau. Sur le plan biologique, la cytolyse hépatique va entraîner un défaut de synthèse des facteurs de coagulation vitamino-k dépendants. L'hyperventilation entraîne une alcalose respiratoire puis une acidose métabolique pouvant être confirmée par la gazométrie. Le dosage de la salicylémie est d'une aide capitale pour la confirmation diagnostique et l'orientation thérapeutique. La salicylémie est maximale au bout de 2 à 4 heures après l'ingestion de l'aspirine et diminue considérablement au bout de 24 heures.

En cas d'intoxication la salicylémie est supérieure à 300 mg/l. L'intoxication est dite grave si la salicylémie est supérieure à 500 mg/l et potentiellement mortelle en cas de salicylémie supérieure à 1,5g/l. il est important de pratiquer trois salicylémies à une heure d'intervalle pour déterminer si l'intoxication est dans une phase croissante ou dans sa phase décroissante.

Traitement : le lavage gastrique est effectué le plus vite possible avec administration du charbon activé en fin de lavage. Une diurèse osmotique alcalinisante est ensuite instaurée. Le reste du traitement est symptomatique : lutter contre la déshydratation et les troubles électrolytiques, contre l'hyperthermie, corriger les troubles ventilatoires.

La surveillance porte sur l'état clinique du patient, sur la diurèse horaire, le pH urinaire, la salicylémie, l'équilibre hydroélectrolytique.

### ***5-3-3- Intoxication aiguë au paracétamol***

Dérivé de la phénacétine et présent sous plusieurs spécialités, le paracétamol est l'antalgique et l'antipyrétique le plus utilisé actuellement dans le monde. Sa dose toxique est de l'ordre de 150 mg/kg de poids par jour. L'ingestion en prise unique d'une dose de 6 g par adulte ou le grand enfant est responsable d'hépatite cytolytique, et une dose de 10 g peut être mortelle. Chez le jeune enfant une dose de 3 g est rapidement mortelle.

Sur le plan physiopathologique à dose thérapeutique, la presque totalité du paracétamol est absorbée au niveau du tube digestif (particulièrement au niveau de l'intestin grêle) et métabolisée par le foie.

A forte dose la capacité de détoxication du glutathion est dépassée, et le N-acétyl benzo quinone imine qui est un métabolite hautement toxique du paracétamol n'est plus transformée en acide mercaptopurique et en cystéine ; ce qui aboutit à la nécrose hépatocytaire. En cas paracétamolémie supérieure à 350 mg/l, le risque d'hépatite grave mortelle est quasi inévitable.

Sur le plan symptomatologique, dans les premières heures suivant l'ingestion, l'intoxication peut être asymptomatique ou des signes non spécifiques peuvent apparaître : fatigue, pâleur, nausées, vomissements, hypersudation, confusion mentale ou même coma.

Les signes d'atteinte hépatique apparaissent à partir de 24 à 72 heures après l'ingestion. Les signes sont : douleur abdominale localisée dans l'hypochondre droit, d'hépatomégalie, d'ictère, de troubles de la coagulation.

Traitement : il faut procéder rapidement :

- à une évacuation gastrique soit par vomissements provoqués soit par lavage gastrique,
- à l'administration d'antidote spécifique : la N-acétyl cystéine (Mucomyst®) ou la cystéamine. La dose d'attaque est de 150 mg/kg, la dose d'entretien est de 50 à 70 mg/kg toutes les 4 heures pendant 24 à 72 heures.

En absence de diarrhées ou de vomissements à répétition la N-acétyl cystéine peut être administrée par voie orale, dans le cas contraire elle sera administrée en perfusion,

- à l'administration de charbon activé à la dose de 30 à 50 g chez l'adulte et de 1 mg/kg chez l'enfant. En cas d'administration de l'antidote par la voie orale, celle du charbon activé n'est pas indiquée.

Le reste du traitement est symptomatique.

La surveillance est clinique et biologique, accentuée surtout sur la fonction hépatique : paracétamolémie est supérieure ou égale à 300 mg/l dès la 4<sup>ème</sup> heure de l'intoxication ; les transaminases et les bilirubines peuvent être élevées, une chute du facteur V de la coagulation.

### ***5-3-4- Intoxication aiguë aux antipaludiques***

#### ***5-3-4-1- Intoxication aiguë à la chloroquine [24]***

Un des antipaludiques les plus utilisés, la chloroquine est responsable de plusieurs cas d'intoxication dans nos pays avec parfois une évolution fatale. Accidentelle chez l'enfant, l'intoxication aiguë à la chloroquine chez l'adulte est le plus souvent due à des tentatives d'autolyse ou à son utilisation non fondée pour les interruptions volontaires de grossesses. Sa dose toxique est de 25 mg/kg par jour, la concentration plasmatique toxique est de 2,5 mg/l. une dose supérieure ou égale à 5g est potentiellement mortelle.

Physiopathologie : la toxicité de la chloroquine est surtout due à son action sur l'activité cardiaque et neurosensorielle (auditive et visuelle). La chloroquine entraîne un effet inotrope négatif direct sur le muscle cardiaque, un effet stabilisant de membrane (c'est-à-dire bloque la sortie de K<sup>+</sup> et l'entrée de Na<sup>+</sup> avec transfert intracellulaire du calcium). Elle provoque un spasme des vaisseaux rétinien, parfois il y a atteinte de la VIII<sup>ème</sup> paire crânienne.

Au plan symptomatique dans les premières heures de l'intoxication, les signes digestifs dominent le tableau : nausées, vomissements, diarrhée. Puis les

signes neurologiques et neurosensoriels apparaissent à type de : céphalées, vertiges, diplopie, flou visuel, photophobie, scotome, hypoacousie, bourdonnement d'oreille, parfois des troubles de la conscience avec agitations, convulsions ou même coma. Les troubles cardiovasculaires font toute la gravité de cette intoxication : hypotension artérielle voire état de choc, troubles du rythme, fibrillation ventriculaire, asystolie.

A l'ECG, on observerait :

- un allongement de PR et QT,
- un décalage du segment ST (sous ou sus décalage),
- un aplatissement, voire inversion de l'onde T,
- un élargissement de QRS.

L'ECG est l'examen paraclinique indispensable à la surveillance de l'intoxication à la chloroquine.

L'ionogramme sanguin montre très souvent une hypokaliémie souvent sévère (jusqu'à 0,8 mmol/l). Sa profondeur est corrélée à la chloroquinémie.

### Traitement

Selon le tableau clinique, paraclinique et la dose ingérée ; une intoxication à la chloroquine est dite grave, intermédiaire ou bénigne. Cette classification permet de déterminer la conduite à tenir dans l'immédiat. Ainsi, en cas :

- d'intoxication grave, c'est-à-dire dose supposée ingérée supérieure ou égale à 5 g, PAS inférieure à 100 mmHg, QRS >0,10 seconde, de troubles du rythme cardiaque, il faut :

+ faire un remplissage vasculaire prudent avec un colloïde ou un cristalloïde,

+ administrer de l'adrénaline : 0,25 µg/kg/mn jusqu'à normalisation de la PA,

+ assurer une bonne ventilation par l'intubation et assistance respiratoire si cela est nécessaire,

- + administrer du diazépam à la dose de 2 mg/kg en 30 mn, puis 2 à 4 mg/kg/24 heures pendant 24 à 72 heures,
- + faire un lavage gastrique avec administration de charbon activé en fin de lavage,
- + surveillance rigoureuse ;
- d'intoxication intermédiaire : c'est-à-dire la dose supposée ingérée comprise entre deux et cinq gramme ( $2g < DSI < 5g$ ), PAS  $\geq 100$ mmHg, QRS  $\leq 0,10$  seconde. Il faut :
  - + administrer du diazépam 0,5 mg/kg/30 mn,
  - + faire une évacuation gastrique,
  - + administrer du charbon activé,
  - + apprêter l'adrénaline,
  - + surveiller le malade.

Quelque soit le degré d'intoxication, la surveillance rigoureuse doit être de règle car les complications peuvent survenir à tout instant. Les éléments de surveillance sont : la pression artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire, la diurèse, la température, l'état de la conscience, l'ionogramme sanguin, et surtout des ECG à répétition.

#### *5-3-4-2- Intoxication par autres antipaludiques*

Les intoxications par la quinine et l'amodiaquine sont superposables à celle de la chloroquine.

Intoxication par le Fansidar® (Sulfadoxine + pyriméthamine) : les signes couramment observés sont : les vomissements, les convulsions, les troubles respiratoires.

Le traitement consiste à arrêter les convulsions par administration du diazépam, assurer une bonne ventilation, faire une évacuation gastrique en cas d'intoxication par voie orale.

### ***5-3-5- Intoxication aux barbituriques [9, 11]***

Utilisés comme anticonvulsivants, myorelaxants, hypnotiques, les barbituriques sont classés en barbituriques à :

- action longue, exemple : le phénobarbital,
- action intermédiaire, exemple : vinbarbital (Sonuctane®)
- action rapide, exemple : pentobarbital (Nirubital®), Secobarbital.

Les barbituriques à action longue ont une élimination rénale prédominante et sous forme active et non dégradée. Ceux à action rapide ou intermédiaire sont éliminés en grande partie sous forme inactive, après dégradation du produit.

Cette classification permet d'adapter la conduite thérapeutique à chaque intoxication.

La toxicité des barbituriques varie beaucoup en fonction des individus. Le risque d'intoxication est accru en présence d'insuffisance rénale, hépatique, respiratoire.

A noter que les jeunes enfants sont moins sensibles aux barbituriques que les adultes.

La dose toxique est de l'ordre de 500 mg à 2 g chez l'adulte et de 20 mg/kg chez l'enfant. Une dose supérieure à 2 g peut être mortelle.

#### **Symptomatologie :**

Elle est fonction de la quantité administrée, de la sensibilité individuelle de tout un chacun.

A la phase de début : c'est-à-dire 15 mn aux deux premières heures de l'intoxication selon le produit, peuvent apparaître : des nausées et vomissements, un état d'ébriété, une somnolence, une hypotension avec tachycardie.

Plus tard : apparaît le coma barbiturique, qui est un coma calme, profond, avec hyporéflexie, hypotonie ou hypertonie musculaire, un myosis ou une mydriase réactive. Les troubles respiratoires sont fréquents et souvent



graves ; bradypnées ou même apnée, encombrements bronchiques favorisant les infections pulmonaires.

## Traitement

La conduite thérapeutique est fonction du barbiturique responsable de l'intoxication.

Ainsi en cas d'intoxication par :

- Barbituriques à action longue : le traitement nécessite :

+ un lavage gastrique avec administration de charbon activé en fin de lavage, cela même si le malade est vu tardivement,

+ une diurèse osmotique alcalinisante,

+ un apport hydroélectrolytique suffisant : en cas d'hypotension les macromolécules peuvent être utilisés, du potassium en fonction de la kaliémie,

+ une bonne ventilation par l'intubation trachéale et la mise sous respiration artificielle,

+ une antibiothérapie à diffusion pulmonaire, (Ex :  $\beta$ lactamines)

+ un nursing correct,

+ la surveillance.

- barbituriques à action rapide et intermédiaire dans ce cas, l'épuration rénale n'a pas d'intérêt, le reste du traitement est identique à celui de l'intoxication par barbituriques à action longue. Quelque soit le type de barbiturique la surveillance doit être stricte. Elle porte sur l'état hémodynamique du malade, l'équilibre hydroélectrolytique, l'état neurologique et respiratoire. La diurèse doit être horaire.

### ***5-3-6- Intoxications aiguës aux benzodiazépines [9, 11]***

Utilisés comme anxiolytiques, hypnotiques, sédatifs, myorelaxants, anticonvulsivants, les benzodiazépines ont un large éventail de demi-vie d'élimination (3 heures pour le triazolam, 65 heures pour le nordazépam). Leur

absorption digestive est raide et complète, le métabolisme est hépatique avec élimination urinaire.

Cliniquement, on observe :

- des signes neurologiques :

+ à la phase initiale, des troubles du comportement, agitation, agressivité,

+ plus tard une dépression du système nerveux central avec obnubilation, hypotonie musculaire, somnolence, puis coma : rarement très profond mais pouvant être à l'origine de dépression respiratoire,

- des signes respiratoires : dépression respiratoire, apnée par dépression du système nerveux central, pneumopathie d'inhalation.

### **Traitement**

En cas d'intoxication massive, on pratique un lavage avec administration du charbon activé 1 g/kg de poids.

Il existe un antidote spécifique des benzodiazépines : le flumazénil Anexate®) qui s'administre à la dose de 10 µg/kg en intraveineuse. Son effet clinique est immédiat.

Cependant le recours à cet antidote ne s'avère pas nécessaire très souvent. L'intoxication par les benzodiazépines se manifeste par un sommeil profond qu'il faut surveiller. Cette surveillance couplée à un traitement symptomatique, suffisent dans la majorité des cas à maîtriser l'intoxication.

### ***5-3-7- L'intoxication aiguë aux antidépresseurs (Imipramine et produits apparentés) [11, 14]***

L'imipramine (Tofranil®), la triméprimine (surmontil®), l'amitriptyline (Laroxyl®) peuvent entraîner la mort à partir d'une dose d'environ 2 g chez l'adulte.

En cas d'intoxication les troubles observés sont de deux groupes :

- un coma profond avec crises convulsives souvent même état de mal convulsif, des troubles respiratoires (signes de détresse respiratoire),
- des troubles cardio-vasculaires : chute tensionnelle pouvant aboutir au collapsus, troubles du rythme cardiaque, l'arrêt cardiaque peut survenir brutalement. Parfois on observe des troubles électrocardiographiques importants sans signe clinique.

### **Traitement**

L'évacuation gastrique doit être immédiatement entreprise avec administration de charbon activé.

Le reste du traitement est purement symptomatique ; les amines pressives peuvent être utilisées pour corriger un collapsus cardio-vasculaire, une bonne ventilation doit être assurée. En cas de convulsions les benzodiazépines ou les barbituriques sont utilisables.

La surveillance porte sur l'état neurologique mais surtout l'activité cardiaque et hémodynamique, la fonction respiratoire, se tenir toujours prêt à exécuter un massage cardiaque.

### ***5-3-8- Intoxication à la théophylline [9]***

La théophylline est un bronchodilatateur utilisé dans le traitement des crises d'asthme. Les intoxications par la théophylline sont très souvent dues à des tentatives d'autolyse ou à des accidents thérapeutiques. Les doses thérapeutiques sont proches de celles toxiques surtout en cas de prise simultanée de médicament pouvant ralentir le métabolisme de la théophylline (exemple : les macrolides).

Les manifestations cliniques sont :

- signes digestifs : nausées, vomissements
- signes cardio-vasculaires : tachycardie, qui doit alerter avec risque de :
  - + tachycardie supra ventriculaire,

- + tachycardie ventriculaire,
- + Fibrillation ventriculaire ou asystolie,
- signes neurologiques : peuvent être l'agitation, la nervosité, les trémulations, les convulsions, l'altération de la conscience puis coma.

Les signes paracliniques sont dominés par l'hypokaliémie, l'hyperglycémie et l'acidose métabolique.

La confirmation de l'intoxication est donnée par un dosage de la concentration plasmatique de la théophylline : supérieure à 110  $\mu\text{mol/l}$  ou 20 $\mu\text{g/ml}$ .

### **Conduite à tenir**

L'évacuation gastrique par lavage gastrique ou sirop d'ipéca si l'ingestion est récente ou s'il s'agit de comprimés à libération prolongée.

L'administration de charbon activé à doses répétées.

Les antiémétiques sont donnés pour améliorer la tolérance du charbon activé en cas de vomissements non induits.

Le traitement des convulsions repose sur le diazépam ou sur les barbituriques.

Les arythmies sans retentissement hémodynamique ne nécessitent aucun traitement. Pour le traitement des arythmies ventriculaires symptomatiques, on peut discuter l'utilisation des bêtabloquants, mais on s'expose au risque de bronchospasmes.

La diurèse forcée ne présente aucun intérêt : la théophylline est éliminée dans les urines sous forme de dérivés inactifs.



# **METHODOLOGIE**

### III- METHODOLOGIE

#### 1- Cadre et lieu d'étude

L'étude est réalisée au service des urgences du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako.

Le District de Bamako est la capitale administrative et économique de la République du Mali. Situé au sud du Mali, traversé par le fleuve Niger, son climat est de type soudanien. Il a une longue saison sèche (de novembre à mai) et une courte saison pluvieuse (de juin à octobre). Son relief est composé de plaines, de plateaux et de forêts boisées.

Le district de Bamako est composé de six communes. Chaque commune est constituée de plusieurs quartiers. Au niveau de chaque commune il y a un centre de santé de référence sauf en commune III, des ASACO, des cabinets et cliniques privés qui interviennent dans la prise en charge des malades. La ville de Bamako abrite deux grands hôpitaux : le CHU du Point « G », situé sur la colline de Point « G » et le CHU Gabriel Touré où a lieu la présente étude.

Jadis appelé dispensaire central de Bamako, le CHU Gabriel Touré est le principal hôpital de la ville de Bamako. Il est situé en plein centre ville dans quartier Darsalam en commune III. Le CHU Gabriel Touré est limité au nord-est par l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (IOTA) et l'Etat Major des Forces Armées du Mali, au sud par le Tranimex SARL et la cité des rails, à l'est par le quartier populaire de Médine, à l'ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI). Le CHU Gabriel Touré est un hôpital de 3<sup>ème</sup> référence de la pyramide sanitaire du Mali.

Disposant de plusieurs services de spécialités : Pédiatrie, Gastro-entérologie, Cardiologie, Diabétologie, ORL, Gynécologie, Chirurgie générale et infantile, Urologie, Traumatologie, Anesthésie et réanimation, Urgences, Radiologie et

Imagerie médicale, Laboratoire d'analyses médicales, Pharmacie hospitalière. Il dispose également des unités de consultations externes.

### **1-1- Présentation du service des urgences**

Le service des urgences est un service porte, situé au côté sud-ouest et à l'entrée principale de l'hôpital. C'est un service à activités non programmées, recevant toutes les urgences de l'hôpital Gabriel Touré exceptées certaines urgences pédiatriques et les urgences obstétricales. Le service est divisé en trois grands secteurs (le secteur accueil-Tri, le secteur déchocage-bloc opératoire, le secteur réanimation) avec les bureaux et vestiaires.

Le secteur accueil-Tri : est composé d'une salle de réception, d'enregistrement et d'information des malades, de deux grandes salles de consultation avec des tables d'examen, d'une salle de soins et de petite chirurgie contenant une table et un chariot de soins.

Le secteur déchocage-bloc opératoire : ce secteur comporte une salle de déchocage avec deux lits, un scope, le matériel d'intubation trachéale et d'aspiration, matériel d'assistance respiratoire, le matériel d'abord veineux. Cette salle sert à stabiliser les malades à fonctions vitales perturbées. Ces malades peuvent ensuite aller au bloc opératoire, en réanimation et dans d'autres services spécialisés pour le reste de leur prise en charge. Elle sert aussi souvent de salle de réveil et de surveillance des malades immédiatement après le bloc opératoire.

Ce secteur comporte également trois salles d'opération équipées avec des vestiaires : une salle pour les urgences traumatologiques, et deux salles pour la chirurgie viscérale. Il existe aussi une salle de stérilisation des matériels chirurgicaux située entre la salle d'opération des urgences traumatologiques et celles de la chirurgie viscérale.

Le secteur réanimation : est composé de deux grandes salles de réanimation avec quatre lits chacune. Elles reçoivent les malades du déchocage ou directement sortis du bloc opératoire nécessitant une réanimation avant leur

transfert dans les services spécialisés. En face de ces deux salles il existe un observatoire pour la surveillance des malades de réanimation servant aussi de lieu de staff.

En plus de ces trois secteurs il existe des bureaux : un bureau pour le chef de service, un bureau pour l'adjoint du chef de service, un bureau pour le major du service et un autre pour le major du bloc opératoire, une salle de garde pour les médecins, une salle de garde pour les internes, une salle de garde pour les infirmiers, une salle de garde pour les manœuvres et des vestiaires pour le personnel et pour les malades.

L'équipement du service est composé de :

- Moniteurs (Dinamap Pro 1000, Physiogard SM784) ;
- Respirateurs (OSIRIS) ;
- Défibrillateur (Défigard 2000) ;
- Aspirateurs muraux et mobiles ;
- Barboteurs d'oxygène ;
- Seringues autopousseuses ;
- Boîtes d'intubation ;
- Kits pour abord veineux central et monitoring PVC ;
- Sondes pour lavage gastrique ;
- Civières et fauteuils roulants ;
- Chariots de soins.

Le personnel du service des urgences est composé d'un médecin anesthésiste réanimateur qui est le chef de service, un médecin urgentiste, chef de service adjoint, trois médecins généralistes assurant les gardes, vingt sept infirmiers dont le major du service, un major du bloc opératoire, neuf manœuvres, un secrétaire.

Le service reçoit des élèves et étudiants stagiaires de la FMPOS et d'autres écoles de formation socio-sanitaires, des étudiants en année de thèse.

Le service des urgences fonctionne tous les jours et 24 heures / 24 heures. Les équipes de garde sont constituées par un médecin, responsable de garde,



des infirmiers, des manoeuvres, d'un interne, des externes, des infirmiers stagiaires. Il reçoit les urgences venant directement de la ville de Bamako et de l'intérieur du Mali ou venant d'autres services, d'autres structures de santé du pays.

## **2- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

## **3- Période d'étude**

Elle s'est déroulée d'octobre 2005 à septembre 2006.

## **4- Population d'étude**

Il s'agit de tous les patients admis au service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré pour ingestion de doses toxiques d'un ou des plusieurs médicaments durant la période d'étude.

## **5- Echantillonnage**

Notre échantillon a été exhaustif. Il s'agit de tous les patients remplissant nos critères et admis durant la période d'étude. Au total 110 patients ont été retenus dans notre étude.

## **6- Critères d'inclusion**

Les patients de tout âge, des deux sexes, admis au service des urgences pour prise de dose toxique de médicaments.

## **7- Critères de non inclusion**

Les patients admis pour :

- intoxications alimentaires ;
- intoxications par produits chimiques domestiques, agricoles, industriels ou tout autre produit non médicamenteux ;

- autres affections.

## **8- 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.

## **9- Paramètres étudiés :**

Les variables évaluées figurent sur un questionnaire annexé à ce document. Il s'agit de l'âge du patient, sa résidence, sa profession, son niveau d'étude, son ethnie, les circonstances et buts de l'intoxication, le lieu d'obtention du produit, les signes cliniques présentés par le malade et son devenir immédiat.

## **10- Ethique**

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

## **11- Analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi-Info (6.04dfr).



# **RESULTATS**

## IV- RESULTATS

### 1- Fréquence

Durant notre période d'étude d'octobre 2005 à septembre 2006, nous avons recensé 186 cas d'intoxications aiguës au service des urgences du CHU Gabriel Touré dont 110 étaient d'origine médicamenteuses soit 59,1%.

### 2- Résultats descriptifs

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

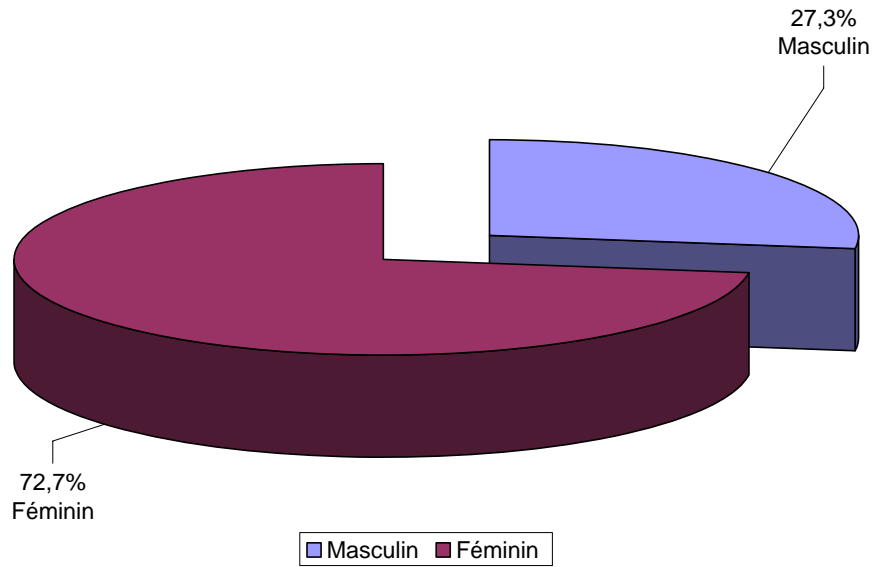
Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
0-10	2	1,8
<b>11-20</b>	<b>61</b>	<b>55,5</b>
21-30	35	31,8
31-40	8	7,3
41-50	2	1,8
51 et plus	2	1,8
Total	110	100

La tranche d'âge 11-20 ans était la plus représentée avec 55,5%.

L'âge moyen était de 21,9 ans  $\pm$ 9,27

Les extrêmes étaient de 2 et 67 ans.

Graphique I : Répartition des patients selon le sexe



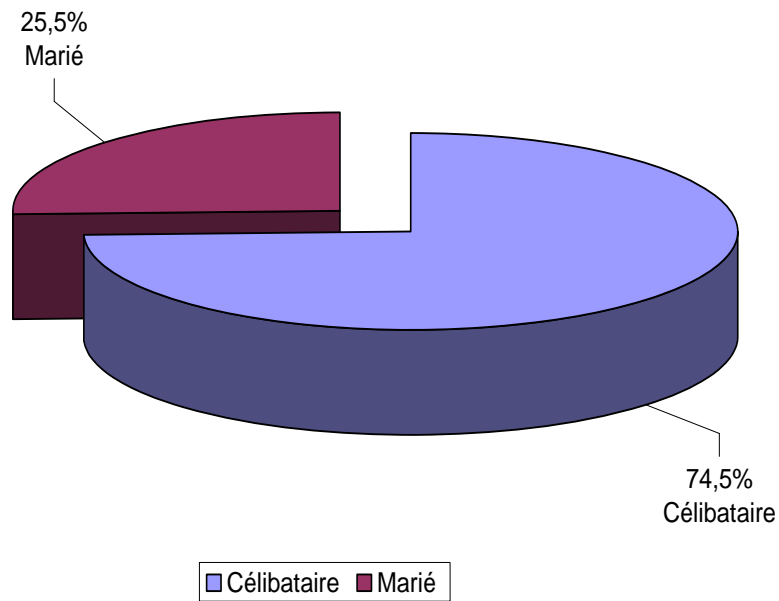
Le sexe féminin était le plus représenté avec 72,7% des cas soit un sex-ratio de 2,6.

Tableau III : Répartition des patients selon l'éthnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
<b>Bambara</b>	<b>40</b>	<b>36,4</b>
Sarakolé	13	11,8
Malinké	11	10
Peulh	17	15,5
Sonrhäi	8	7,3
Dogon	7	6,4
Senoufo	2	1,8
Bozo	4	3,6
Bobo	2	1,8
Tamachek	2	1,8
Autres *	4	3,6
Total	110	100

maure=1, minianka=1, metis=1, , beninoise=1.

Graphique II : Répartition des patients selon le statut matrimonial



74,5% des patients étaient célibataires.

Tableau IV : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune I	12	10,9
Commune II	18	16,4
Commune III	14	12,7
Commune IV	15	13,6
Commune V	13	11,8
<b>Commune VI</b>	<b>37</b>	<b>33,6</b>
Hors du district	1	0,9
Total	110	100

33,6% des patients résidaient en commune VI.

Tableau V : Répartition des patients selon la profession

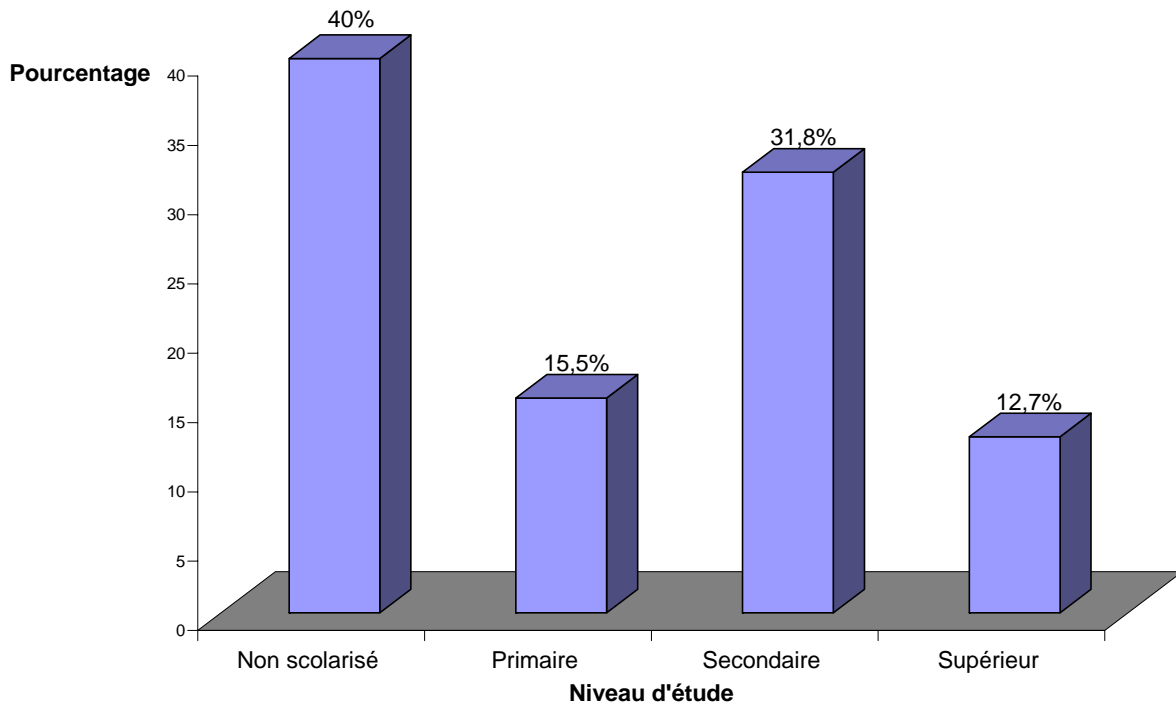
Profession	Effectif	Pourcentage
<b>Elève/Étudiant</b>	<b>50</b>	<b>45,5</b>
Ménagère	13	11,8
Fonctionnaire	9	8,2
Commerçant	14	12,7
Aide ménagère	14	12,7
Ouvrier	2	1,8
Sans profession	3	2,7
Autres*	5	4,5
Total	110	100

\*= artiste : 1 ; chauffeur : 1 ; coiffeuse : 1 ; hôtelière : 1 ; retraité : 1.

Les élèves et étudiants étaient prédominants avec 45,5% des cas.



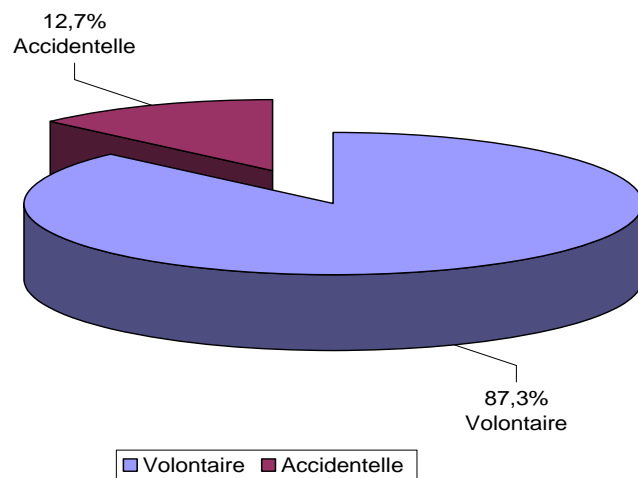
Graphique III : Répartition des patients selon le niveau d'étude



NB : les intoxiqués se rencontrent à tous les niveaux d'étude.

40% des patients n'ont pas été scolarisés.

Graphique IV : Répartition des patients selon la circonstance de l'intoxication



87,3% des intoxications étaient volontaires.

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de l'intoxication

Motif de l'intoxication	Effectif	Pourcentage
<b>Autolyse</b>	<b>55</b>	<b>50</b>
Abortif	39	35,5
Accidentel	14	12,7
Inconnu	2	1,8
Total	110	100

Dans 50% des cas le motif était l'autolyse.

Tableau VII : Répartition des patients selon la classe thérapeutique du médicament

Classe pharmaceutique	Effectif	Pourcentage
Association de plusieurs classes pharmaceutique *	24	21,8
<b>Antipaludique</b>	<b>57</b>	<b>51,8</b>
Antalgique/antipyrétique	7	6,4
Antibiotique	4	3,6
Médicament traditionnel	8	7,3
Polyvitamine	2	1,8
Anxiolytique	3	2,7
AINS	1	0,9
Antiémétique	1	0,9
Antidépresseur	1	0,9
Anticonvulsivant	1	0,9
Inconnu	1	0,9
Total	110	100

La classe thérapeutique la plus représentée était les antipaludiques avec 51,8% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le l'intoxication

Intoxication	Effectif	Pourcentage
Intoxication polymédicamenteuse	27	24,5
<b>Intoxication à la chloroquine</b>	<b>56</b>	<b>50,9</b>
Intoxication au médicament traditionnel	8	7,3
Intoxication aux antalgiques – Antipyrétiques	7	6,4
Intoxication au vogalène	1	0,9
Intoxication à la chloroquine+produit chimique	1	0,9
Intoxication aux antibiotiques	1	0,9
Intoxication aux polyvitamines	2	1,8
Intoxication aux benzodiazépines	3	2,7
Intoxication au laroxyl	1	0,9
Intoxication aux AINS	1	0,9
Intoxication au médicament inconnu	1	0,9
Intoxication au neurontin	1	0,9
Total	110	100

La chloroquine était le médicament le plus incriminé avec 50,9% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon le lieu d'obtention du médicament

Lieu	Effectif	Pourcentage
Pharmacie	30	27,3
Vendeur ambulant	27	24,5
<b>Boutique</b>	<b>32</b>	<b>29,1</b>
Domicile	13	11,8
Chez un herboriste	6	5,5
Inconnu	2	1,8
Total	110	100

29,1% des intoxiqués avaient eu leur médicament dans une boutique ; 27,3% à la pharmacie ; 24,5% chez les vendeurs ambulants.

Tableau X : Répartition des patients selon la forme de présentation pharmaceutique du médicament

Forme pharmaceutique	Effectif	Pourcentage
<b>Comprimé</b>	<b>101</b>	<b>87,8</b>
Sirop	2	1,7
Poudre	1	0,9
Décoction	6	5,2
Gélule	3	2,6
Graine	1	0,9
Inconnu	1	0,9
Total	115	100

Les comprimés étaient les plus représentés avec 87,8% des cas.

Tableau XI : Répartition selon les signes cliniques et symptômes

Signes cliniques et symptômes	Effectif	Pourcentage
<b>Vertiges</b>	<b>55</b>	<b>17</b>
Nausées	11	3,4
Vomissements	22	6,8
Douleur abdominale	31	9,6
Vision floue	16	4,9
Céphalées	24	7,4
Acouphène	7	2,2
Palpitation	5	1,5
Agitation	25	7,7
Altération de la conscience	13	4
Bradycardie	3	0,9
Tachycardie	12	3,7
Obnubilation	40	12,4
Détresse respiratoire	6	1,9
Hypersalivation	21	6,5
Hyperthermie	6	1,9
Diarrhée	4	1,2
Hypotension	9	2,8
Diplopie	4	1,2
Dysarthrie	3	0,9
Autres*	6	1,9
Total	323	100

\*= sécheresse buccale=2, anxiété=1, hoquet=1, hypotonie généralisée=1, plafonnement du regard=1.

Le vertige était le signe le plus présent avec 17% des cas, suivi de l'obnubilation avec 12,4% des cas ; de la douleur abdominale avec 9,6%.

Tableau XII : Répartition selon les examens complémentaires demandés

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
NFS	15	14,6
Ionogramme sanguin	3	2,9
Radiographie thorax	3	2,9
<b>ECG</b>	<b>62</b>	<b>60,2</b>
Fibroskopie oeso-gastro-duodénale	5	4,8
Transaminases	8	7,8
Autres*	7	6,8
Total	103	100

\* Urée - créatininémie=4 ; Echographie obstétricale=2 ; Goutte épaisse=1

L'ECG était l'examen complémentaire le plus demandé avec 60,2%

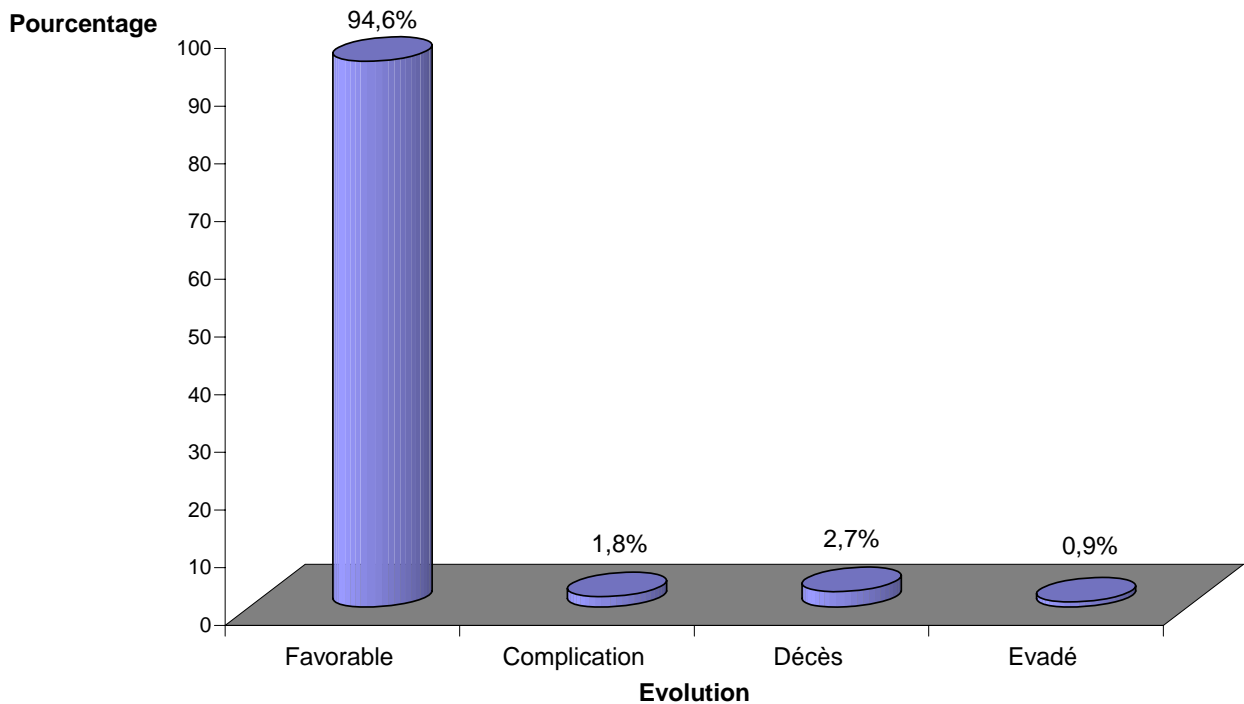
Tableau XIII : Répartition selon le geste thérapeutique effectué

Geste thérapeutique effectué	Effectif	Pourcentage
Intubation	10	3,6
Assistance respiratoire	2	0,7
Oxygène au masque	7	2,5
<b>Lavage gastrique</b>	<b>104</b>	<b>37</b>
<b>Charbon activé</b>	<b>65</b>	<b>23,1</b>
Pansement gastrique	8	2,8
Vomissement provoqué	3	1,1
Diurèse forcée	11	3,9
Remplissage vasculaire	7	2,5
<b>Antidote spécifique</b>	<b>51</b>	<b>18,1</b>
Adrénaline	5	1,8
Autre*	8	2,8
Total	281	100

\*= novalgin=6 ; haldol=1, corticoïde=1

Le lavage gastrique était le geste le plus effectué avec 37% ; le charbon activé était administré dans 23,1% des cas et l'antidote spécifique dans 18,1% des cas.

Graphique V : Répartition des patients selon l'évolution à court terme



94,6% des cas ont eu une évolution favorable.

Tableau XIV : Répartition des patients selon les complications

Les complications étaient essentiellement hémodynamiques

Le collapsus cardio-vasculaire et l'état de choc étaient les complications constatées avec 1 cas pour chacun.



Tableau XV : Répartition des patients selon leur orientation

Orientation	Effectif	Pourcentage
<b>Exeat</b>	<b>94</b>	<b>85,5</b>
Hospitalisé en médecine	12	10,9
Décès	3	2,7
Evadé	1	0,9
Total	110	100

85,5% des patients ont regagné directement leur domicile.

### 3- Résultats analytiques

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'âge en fonction des circonstances de l'intoxication

Circonstance Tranches d'âge	Volontaire	Accidentelle	Total
0-10	0	2 (14,3%)	2
11-20	56 (58,3%)	5 (35,7%)	61
21-30	32 (33,3%)	3 (21,4%)	35
31-40	6 (6,3%)	2 (14,3%)	8
41-50	1 (1%)	1 (7,1%)	2
51 et plus	1 (1%)	1 (7,1%)	2
Total	96	14	110

**Khi 2 = 21,47 ; P = 0,000.65**

La tranche d'âge 11-20 ans était la plus touchée avec 58,3% des intoxications volontaires et 35,7% des intoxications accidentelles.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le sexe en fonction des circonstances de l'intoxication

Circonstance \ Sexe	Volontaire	Accidentelle	Total
Féminin	78 (81,3%)	2 (14,3%)	80
Masculin	18 (18,7%)	12 (85,7%)	30
Total	96	14	110

**Khi 2 = 27,62 ; P = 0,000.000.1**

81,3% des intoxications volontaires étaient observées chez les femmes, l'intoxication accidentelle prédominant chez le sexe masculin avec 85,7%.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la profession en fonction des circonstances de l'intoxication

Circonstance \ Profession	Volontaire	Accidentelle	Total
Elève/Étudiant	45 (46,9%)	5 (35,8%)	50
Ménagère	12 (12,5%)	1 (7,1%)	13
Fonctionnaire	7 (7,3%)	2 (14,3%)	9
Commerçant	12 (12,5%)	2 (14,3%)	14
Aide ménagère	14 (14,6%)	0	14
Ouvrier	1 (1%)	1 (7,1%)	2
Sans profession	1 (1%)	2 (14,3%)	3
Autres*	4 (4,2%)	1 (7,1%)	5
Total	96	14	110

**Khi 2 = 24,35 ; P = 0,000.008**

Les élèves et étudiants étaient touchés par 46,9% des intoxications volontaires et 35,8% des intoxications accidentelles.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la scolarisation en fonction des circonstances de l'intoxication

Circonstance \ Scolarisation	Volontaire	Accidentelle	Total
Non scolarisé	39 (40,6%)	5 (35,7%)	44
Scolarisé	57 (59,4%)	9 (64,3%)	66
Total	96	14	110

**Khi 2 = 0,12 ; p = 0,726** donc non significatif

Les scolarisés représentaient 59,4% des intoxications volontaires et 64,3% des intoxications accidentelles.

Tableau XX : Répartition des patients selon le sexe en fonction du motif de l'intoxication

Motif \ Sexe	Autolyse	Abortif	Accidentel	Inconnu	Total
Féminin	37 (67,3%)	39 (100%)	2 (15,4%)	2 (66,7%)	80
Masculin	18 (32,7%)	0	11 (84,6%)	1 (33,3%)	30
Total	55	39	13	3	110

**Khi 2 = 37,14 ; p = 0,000.000.01**

67,3% des intoxications étaient à motif suicidaire chez les sujets de sexe féminin.



**COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION**



## V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1- ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Notre étude a permis de décrire certaines caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des intoxications médicamenteuses aiguës admises au service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré durant la période d'étude.

#### 1-1- Fréquence

D'octobre 2005 à septembre 2006, 186 patients ont été admis au service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré pour ingestions de produits toxiques, dont 110 cas étaient d'origine médicamenteuse soit 59,1%.

D'octobre 1991 à septembre 1992, Traoré A [33] a trouvé 70 cas sur 111 cas d'intoxications soit une fréquence de 63,8% au service de réanimation de l'hôpital Gabriel Touré.

Guindo T [14] a rapporté de 2000 à 2004 : 732 cas d'intoxications dont 104 cas d'origines médicamenteuses soit 14,2%.

En 2003, Ellouzé E [11] a eu 94 cas d'intoxications médicamenteuses sur 154 cas de tentatives de suicide soit 61%.

Selon Doumbia M Z [10], les médicaments représentaient 53,6% des intoxications au service des urgences du CHU Gabriel Touré de janvier 2001 à juin 2004.

Ces résultats peuvent s'expliquer par la préférence donnée aux médicaments lors des tentatives de suicides abortives (surtout dans notre contexte) et la fréquence élevée de ces produits au cours des accidents domestiques chez l'enfant.

### **1-2- Age**

Les intoxications aiguës se rencontrent à tous les âges. Dans notre étude 61 patients soit 55,5% avaient un âge compris entre 11-20 ans et 35 patients soit 31,8% étaient âgés de 21-30 ans.

Guindo T [14] avait rapporté dans une étude rétrospective à l'hôpital du Point « G » que dans 71,2% des cas l'âge était compris entre 21-40 ans.

A l'hôpital psychiatrique de Tunis, l'âge moyen de survenu des tentatives de suicide par intoxications médicamenteuses était de 25 ans [11].

Par contre en Europe les personnes âgées, victimes d'exclusion sociale sont plus exposées au risque d'intoxications à but suicidaire [33].

Les résultats de cette étude nous permettent d'affirmer que dans notre contexte les sujets jeunes sont les plus touchés par les intoxications médicamenteuses.

Cela s'explique par les difficultés couramment rencontrer en cette période de la vie qui peuvent être : échecs scolaires, conflits familiaux et sociaux, grossesses non désirées, chômage, troubles affectifs, difficultés d'ordre professionnel.

### **1-3- Sexe**

Les résultats obtenus nous ont permis de constater une prédominance du sexe féminin : 80 cas soit 72,7% avec un sex-ratio de 2,6. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Traoré A [33] sur 111 cas d'intoxication avait recensé 83 cas de sexe féminin soit 74,7%. Contrairement à Baud FJ [4] avait recensé 73 cas de sexe masculin sur 130 cas d'intoxications médicamenteuses. Cette différence s'explique par la fréquence élevée de la toxicomanie chez les sujets de sexe masculin en Europe, tandis que chez nous l'utilisation courante des médicaments dans les tentatives d'avortement chez les adolescentes est certainement responsable de ces résultats.

### **1-4- Profession**

Nous avons constaté une nette prédominance des élèves et étudiants avec 50 cas soit 45,5%.

Traoré A [33] avait trouvé 21,6% d'élèves et étudiants, pour Guindo T [14] les élèves représentaient 26,9% des cas.

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 de grossesses non désirées chez les jeunes scolaires.

### **2- CIRCONSTANCES DES INTOXICATIONS**

Nous avons obtenu 96 cas d'intoxication volontaires soit 87,3%. Ce résultat est comparable à celui de Guindo T [14] qui avait trouvé 84,6% de cas d'intoxications volontaires.

### **3- MOTIF DES INTOXICATIONS**

Dans notre étude l'intoxication était à but d'autolyse dans 50% des cas.

Selon Mouquet MC [25] en 1993, en France, les intoxications médicamenteuses représentaient 90% des tentatives de suicide de causes connues.

En 2003 elles représentaient 61% des tentatives de suicide adressées au service des urgences de l'hôpital Razi de Tunis [11].

Ce résultat prouve que les tentatives de suicide par ingestion de médicaments sont d'une pratique courante en Afrique aussi bien qu'en Europe.

### **4- INTOXICATIONS**

Nous avons recensé 57 cas d'intoxications aux antipaludiques soit 51,8%. La chloroquine seule a représenté 50,9% de l'ensemble des intoxications médicamenteuses.



De nombreuses études menées en France ont montré une prédominance des psychotropes dans les intoxications médicamenteuses volontaires [2,6, 32, 34].

Selon Staïkowsky et al [32] en 2001-2002, 55% des intoxications volontaires en France étaient dues aux benzodiazépines.

Le paracétamol serait le médicament le plus fréquemment retrouvé dans les intoxications aiguës en Grande-Bretagne [16].

Ces différents résultats permettent d'affirmer que, la fréquence d'un médicament dans les intoxications est en rapport avec sa prescription, sa disponibilité, son accès et le but de l'intoxication.

La prédominance des antipaludiques particulièrement la chloroquine par rapport aux autres médicaments dans notre contexte est due à leur accès facile (vente libre), à leur disponibilité (zone d'endémie palustre), au moindre coût de la chloroquine et enfin à l'automédication.

## 5- CLINIQUE

Les principaux signes cliniques et symptômes présentés par nos patients ont été :

- le vertige : 17% des cas,
- l'obnubilation : 12,4% des cas,
- la douleur abdominale : 9,6% des cas,
- les nausées et vomissements : 10,2% des cas.

Ces principaux symptômes étaient souvent associés entre eux ou à d'autres signes.

Ces mêmes signes sont rencontrés dans la littérature lors d'ingestion de toxiques.

## **6- GESTE THERAPEUTIQUE**

La réalisation du lavage gastrique dans 37% des cas, l'administration du charbon activé dans 23,1%, le recours à l'antidote spécifique dans 18,1% ont été nos gestes thérapeutiques les plus utilisés.

Ce principe de traitement est aussi décrit dans la littérature [1, 9, 12].

## **7- EVOLUTION**

L'évolution a été favorable dans 94,6% des cas les 72 heures après l'admission.

Cette évolution a été souvent émaillée de complications dans 1,8% des cas. Ces complications étaient d'ordre hémodynamique.

Au cours de cette étude une mortalité de 2,7% a été observée. Deux décès sur trois ont été constatés à leur arrivée au service des urgences avant tout acte médical ; un décès est survenu des suites de complications cardio-respiratoire (état de choc plus détresse respiratoire).

Guindo T [14] avait recensé deux décès sur 104 cas d'intoxications soit 1,9%.

La mortalité d'une intoxication médicamenteuse serait liée à plusieurs facteurs qui sont : la nature et la quantité ingérée, le motif de l'intoxication, l'état de santé antérieur de l'intoxiqué, la sensibilité particulière de chaque individu, l'association de plusieurs toxiques et le délai de prise en charge.

Les intoxications poly médicamenteuses ont été les plus mortelles (2/3 des cas).

Nos éléments d'appréciation de l'évolution ont surtout été les signes cliniques (état neurologique, cardio-respiratoire et rénale) et les constantes hémodynamiques (le pouls, la pression artérielle, la fréquence respiratoire, la diurèse, la température, la saturation en oxygène).



**CONCLUSION ET  
RECOMMANDATIONS**

## VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### 1- CONCLUSION

Au terme de notre étude, qui a porté sur 110 cas d'intoxications médicamenteuses dans le service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré, nous pouvons tirer la conclusion suivante :

D'octobre 2005 à septembre 2006, les intoxications médicamenteuses représentent 59,1% (110/186 cas) de l'ensemble des intoxications aiguës admises au service des urgences.

La tranche d'âge la plus représentée était de 11-20 ans avec un sex-ratio de 2,6 en faveur des femmes.

Le profil socioprofessionnel était un jeune célibataire (dans 72,7% des cas), élève ou étudiant (dans 45,5% des cas).

L'intoxication était volontaire dans 87,3% à motif suicidaire dans 50% et abortif dans 35,5% des cas.

Les antipaludiques constituent la classe pharmaceutique la plus représentée avec 51,8% dont la chloroquine est le chef de file avec 50,9% des cas.

L'intoxiqué s'était procuré du médicament dans respectivement 29,1% des cas à la boutique ; 27,3% à la pharmacie ; 24,5% chez un vendeur ambulant.

Les signes cliniques et symptômes ont été dominé surtout par :

- des troubles neurologiques à type de :

- vertige : 17% ;
- obnubilation : 12,4% ;

- de troubles digestifs à type de :

- nausées et vomissements : 10,2% ;
- douleur abdominale : 9,6%.

- les troubles cardio-vasculaires, respiratoires, oculaires ou auriculaires ont souvent été retrouvés soit seuls, soit associés à ceux précédemment cités.

Nos attitudes thérapeutiques ont été surtout la pratique du lavage gastrique dans 94,5%, l'administration de charbon activé dans 59,1% et l'antidote spécifique dans 46,4% des cas.

L'évolution a été favorable dans 94,6% avec une létalité hospitalière de 2,7%.

## **2- RECOMMANDATIONS**

### **2-1- Aux autorités sanitaires**

- Développer la communication pour le changement de comportement (CCC) concernant les dangers de l'automédication ;
- Lutter contre la vente illicite des médicaments par des moyens de sensibilisation et de répression ;
- Appliquer la réglementation sur la vente des médicaments ;
- Former le personnel socio-sanitaire dans la prise en charge des intoxications ;
- Equiper les services d'urgences et de réanimation en matériels et personnels pour la prise en charge adéquate des intoxications ;
- Doter les laboratoires de plateaux techniques pour les examens biologiques de toxicologie ;
- Rendre les antidotes spécifiques disponibles sur le marché ;
- Créer un centre antipoison ;
- Créer un SAMU ;
- Légaliser l'avortement ;
- Introduire l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires.

### **2-2- Aux personnels socio-sanitaires**

- Appliquer la réglementation sur la prescription et la vente des médicaments
- Informer la population sur les mesures élémentaires devant tout cas d'intoxication médicamenteuse

- Sensibiliser la population sur les dangers de l'automédication
  
- Divulguer les mesures de contraception
- Référer le plus tôt possible les cas d'intoxication vers les services d'urgences équipés.

### **2-3- A la population**

- Eviter des pratiques comme l'automédication et l'administration de substances en cas d'intoxication
- Eviter de laisser les médicaments à la portée des enfants
- 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.



## **REFERENCES**

## VII- REFERENCES

### **1- Armand J.**

Antidotes et intoxications aiguës  
Masson, Paris. 1971. 194p.

### **2- Atout S.**

Evolution des intoxications médicamenteuses volontaires entre 1994-1995 et  
1999-2000.  
Thèse, médecine, Paris 7, 2004.

### **3- Band FJ.**

Conduite à tenir devant les intoxications les plus fréquentes.  
Encyclopedie Medico Chirurgical, (Paris), Urgences. 1995, 24115 A60 2724115  
A60.

### **4- Baud FJ.**

Nouveaux syndromes d'origine médicamenteuse.  
Revue du Praticien 1997 ; 47 : 726-30.

### **5- Berton C, Andjaeger A.**

Conduite à tenir devant une insuffisance circulatoire aiguë d'origine toxique :  
mécanismes diagnostiques et prise en charge.  
In : Jaeger A : Intoxications agues. Elsevier, Paris. 2000 : 125-45.

### **6- Billy F, Montaz L, Perault MC, Vandiel B.**

Etude des intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans une unité  
d'accueil des urgences.  
Therapies 1998; 53: 553-8.



### **7- Centers for Disease Control an Prevention**

Increase in poisoning deaths caused by non illicit drugs, Utah, 1991-2003.

In: Adnet F et al. Réanimation-14 (2005) : 721-726.

### **8- Couture J, Goulou M J P.**

Reconnaître comprendre traiter : les Urgences.

Edisen inc. 1984. Chapitre 523-567.

### **9- Desplanques L.**

Conduite à tenir devant une intoxication aiguë médicamenteuse chez l'enfant.

Développement et santé, 1995, 118 : 1-16.

### **10- Doumbia M Z.**

Aspects épidémiologiques et cliniques des intoxications aiguës au service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 250 cas.

Thèse, Médecine, Bamako. 2006. N°103

### **11- Ellouze E, Cheour M, Ellouze S, Khaloui A, Hsairi A.**

Tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse. Etude épidémiologique à l'hôpital psychiatrique de Tinus.

Revue Française Psychiatrie et Psychologie Medicale 2005 ; IX (87) : 41-45.

### **12- Fournier E.**

Toxicologie.

Ellipses, Paris. 1993. 848p.

### **13- Fournier E, Gervais P.**

Guide pratique des intoxications.

Edition Heures de France, Paris. 1977. 784p.

**14- Guindo T.**

Intoxications médicamenteuses à l'hôpital du Point « G »

These Medecine, Bamako, 2005.

**15- Hanston P, Baud F.**

Intoxications aiguës médicamenteuses.

In : Toxicologie Pathologie professionnelle.

Encyclopédie Medico Chirurgical Elsevier, Paris. 1995. 16001-G10. 28p.

**16- Hawton K, Simkin S, Deeks J.**

Coprosomal and suicide: a study of national mortality statistics and local non-fatal self poisoning. BMJ 2003; 326: 1006-8.

**17- Jaballah Ben N, Kjalidif Braham N et coll.**

Intoxication salicylée chez l'enfant à Tunis: aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs à propos de 57 cas.

Annale Pédiatrique 1996 ; 43, 8 : 579-585.

**18- Jouglard J**

Epidémiologies des intoxications aiguës avec étude des principaux produits ingérés.

Réanimation Urgence 1993 ; 2 (2bis) : 176-180.

**19- Kara Soundiagousse**

Etude statistique des intoxications aiguës du point de vue hospitalier.

These Medicine, Dakar 1984, N°4.

**20- Keita MM, Touré M.**

Les intoxications chez l'enfant à propos de 47 cas.

Mali Medical 1982, 1: 9-II.

**21- Kourouma N.**

Intoxications aiguës accidentelles chez l'enfant au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré à propos de 89 cas.

These Medicine, Bamako, 2003. N°73

**22- Lambert H, Manel J, Bellou A, El Kouch S.**

Morbidité et mortalité par intoxications médicamenteuses aiguës en France.

Revue Praticien 1997 ; 47 : 716-20.

**23- Lavaud J.**

Encyclopédie Medico Chirurgicale, Elsevier (Paris), Pédiatrie

Intoxications aiguës de l'enfant. 2002 ; 4125 A15. 23p.

**24- Mantz JM, Kopferschmitt J, Sauder P et al.**

Les intoxications médicamenteuses aiguës : épidémiologie, étiologie générale et apport de la toxicologie biologique.

Revue Médicale de Liège 2006 ; 61 (3) : 185-189.

**25- Mouquet MC**

Les pathologies traitées en 1993 dans les services de courte durée. Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993. Paris : SESI, Ministère de l'emploi et de la solidarité, N°274 ; 275p ; N274 bis, 467p.

**26- N'Diaye R, Petrognani B, Diallo et coll.**

Intoxication à la chloroquine avec détresse respiratoire d'évolution fatale.

Annale Française d'Anesthésie - Réanimation ; Elsevier, Paris, 1999. 18. 683p.

### **27- OMS**

Séminaires et cours de formations sur le diagnostic et la prise en charge et prévention des intoxications dans les pays francophones du sud du sahara.  
Dakar 1995 : 2-18

### **28- OMS.**

Lignes directives pour la lutte contre les intoxications.  
Genève, OMS 1998. 115p.

### **29- OMS**

Prise en charge des intoxications.  
Manuel de l'agent de santé 1999 ; 6 : 15-099.

### **30- Pequicnot H.**

Intoxications.  
In: J Thoraco Cardiovasc Surg 2000; 19 (suppl 1): R541.  
Pathologies médicales 2<sup>ème</sup> Edition, Masson (Paris): 431-433.

### **31- Saviuc P, Hanna J, Danel V.**

Epidémiologie des intoxications: plus de 2000 décès par an.  
Revue du Praticien 1999 ; 481 : 2054-7.

### **32- Staikowsky F, Uzan D, Grillon N et al.**

Intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans un service d'accueil des urgences.  
Revue Médicale de Liège 2006 ; 61 (3) : 185-189.

### **33- Traoré A.**

Intoxications aiguës dans le service de réanimation de l'hôpital Gabriel Touré.  
These Medicine, Bamako, 1992.

### **34- Wink P.**

Les facteurs socio familiaux et médicopsychiatriques dans les tentatives de suicide. Etude épidémiologique.

Thèse Medecine, Nancy 1996.



**ANNEXES**

**FICHE D'ENQUETE N° /...../**

Date: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

{Q1} Age: /\_\_\_/

{Q2} Sexe: /\_\_\_/ (M/F)

{Q3} Résidence: .....

{Q4} Profession: /\_\_\_/ (1=élève/étudiant, 2=ménagère, 3=fonctionnaire,  
4=commerçant 5=aide ménagère, 6=ouvrier, 7=sans profession, 8=autre)

{Q4a} Autre: .....

{Q5} Niveau instruction: /\_\_\_/ (0=aucun, 1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur)

{Q6} Ethnie: /\_\_\_/ (1=bambara, 2=sarakolé, 3=malinké, 4=peulh, 5=sonrai, 6=dogon ,  
7=senoufo, 8=minianka, 9=autre)

{Q6a} Autre: .....

{Q7} Statut matrimonial: /\_\_\_/ (1=célibataire, 2=marié, 3=divorcé, 4=veuf)

{Q8} Date prise médicament: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ {Q8a} Heure: /\_\_\_/\_\_\_/

{Q9} Date arrivée à l'hôpital: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ {Q9a} Heure: /\_\_\_/\_\_\_/

{Q10} Circonstance intoxication: /\_\_\_/ (1=volontaire, 2=accident, 3=criminelle)

{Q11} Motif de intoxication: /\_\_\_/ (1=autolyse, 2=homicide, 3=infanticide,  
4=abortif,

5=accidentel, 6=inconnue)

{Q12} Nature médicament:

.....

{Q13} Nom médicament:

.....

{Q14} Forme pharmaceutique :

.....

{Q15} Classe pharmaceutique :

.....

{Q16} Provenance médicament: /\_\_\_/

(1=pharmacie, 2=ambulante, 3=boutique, 4=domicile, 5=tradipraticien, 6=autre)

{Q17} Voie administration:

.....

{Q18} Quantite: .....

### Examen clinique

{Q19a} Vertiges: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19b} Nausées: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19c} Vomissement: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19d} Dx abdo: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19e} Prurit: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19f} Trouble visuel: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19g} Céphalées: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19h} Bourdonnement oreille: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19i} Acouphène: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19j} Palpitation: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19k} Agitation: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19l} Trouble conscience: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19m} Bradycardie: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19n} Tachycardie: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19o} Somnolence: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19p} Détresse respiratoire: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19q} Hypersalivation: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19r} Hyperthermie: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19s} Diarrhée: |\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q19t} Autres: .....



### Examens complémentaires demandés

- {Q20} Groupage rhésus:       |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q21} HbHt:                   |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q22} NFS:                    |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q23} Iono sanguin:         |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q24} Rx thorax:            |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q25} ASP:                   |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q26} ECG:                   |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q27} EEG:                   |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q28} Scanner:             |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q29} Fibro:                 |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q30} Audiométrie:         |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q31} FO:                    |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q32} Autres: .....  
{Q33} Résultat :.....  
{Q34}                               Diagnostic                               retenu:  
.....

### Traitement reçu

- {Q35a} Intubation:           |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35b} Assistance respiratoire: |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35c} Oxygène masque:     |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35d} Lavage gastrique:    |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35e} Charbon active:       |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35f} Pansement gastrique: |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35g} Vomissement provoqué: |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35h} Diurèse forcée:       |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35i} Remplissage:         |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35j} Dialyse:               |\_\_\_| (1=oui, 2=non)  
{Q35k} Vasculaire:           |\_\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q35l} Transfusion: |\_\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q35m} Antidote spécifique |\_\_\_| (1=oui, 2=non)

{Q35n} Autre: .....

{Q36} Evolution: /\_\_\_/ (1=guéri, 2=transféré, 3=complications, 4=évadé, 5=DCD)

{Q36a} Si complication préciser : .....

{Q36b} Si référé lieu : .....

{Q37} Date sortie: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ {Q35a} Heure: /\_\_\_/\_\_\_/

{Q38} Durée hospitalisation: /\_\_\_/\_\_\_/ (H/mn)

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** MAIGA

**Prénom :** Issa Boubacar

**Titre de la Thèse :** Intoxications médicamenteuses aiguës au service des Urgences du CHU Gabriel Touré à propos de 110 cas Octobre 2005 à Septembre 2006.

**Année Universitaire :** 2006-2007

**Ville de Soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**Secteurs d'intérêt :** Médecine d'Urgence, Réanimation, Toxicologie.

### *Résumé*

Notre étude qui s'est déroulée dans le service des Urgences du CHU Gabriel Touré, d'octobre 2005 à septembre 2006, a porté sur 110 patients de tout âge.

Les objectifs étaient de déterminer la fréquence des intoxications médicamenteuses aiguës, décrire les signes cliniques présentés par les patients, identifier les médicaments en cause, les motifs et circonstances de survenue, évaluer le pronostic à court terme, proposer des mesures préventives.

Durant notre période d'étude, 186 patients ont été admis au service des urgences pour intoxications dont 110 cas étaient d'origine médicamenteuses soit 59,1%.

La tranche d'âge la plus touchée était de 11-20 ans, avec une moyenne d'âge de 22 ans. Une prédominance féminine a été observée avec 72,7%. Les célibataires représentaient 74,5%.

Les élèves et étudiants ont représenté 45,5% des patients.

L'intoxication était volontaire dans 87,3% et à motif suicidaire dans 50% des cas.

La chloroquine était le médicament le plus incriminé avec 50,9%, les vertiges étaient le signe clinique le plus retrouvé avec 17%.

La mortalité a été de 2,7%. L'évolution était favorable dans 94,6% des cas.

**Mots-clés :** *Intoxications aiguës, Médicaments, Urgences.*

## **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 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 race, de parti ou de classe 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 leurs pères.**

**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 !**