

LA PRISE EN CHARGE DES INTOXICATIONS AIGUES PAR LES STRUCTURES D'URGENCE :

évaluation de la gravité et orientation des patients

I/ INTRODUCTION :

La prise en charge des intoxications aiguës par les structures d'urgences, hospitalières et préhospitalières, est l'étape la plus décisive du pronostic final de la majorité des intoxications observées dans notre pays, plus que ne l'est celle des structures d'aval, la réanimation en particulier.

Les urgentistes ont en effet, deux missions distinctes, superposées ou intriquées, qui pèseront lourdement sur l'évolution ultérieure des patients :

- celle d'abord d'apporter un secours rapide et efficace à des fonctions vitales éventuellement défaillantes
- celle ensuite, d'identifier au plus vite, le toxique en cause, pour l'évacuer de l'organisme, le neutraliser et/ou annihiler ses premiers effets, le plus rapidement possible.

C'est du degré d'aboutissement de cette seconde étape, c'est à dire de l'identification plus ou moins complète des paramètres toxicologiques et donc des menaces persistantes et des moyens thérapeutiques qu'elles nécessitent, que dépendra l'orientation ultérieure des patients au sein des services hospitaliers de diverses spécialités.

Cette orientation doit être raisonnée sur les besoins spécifiques de chaque cas et les disponibilités en lits de chaque destination. Les services de réanimations ne doivent pas en avoir l'exclusive.

Les Services d'Urgence hospitaliers doivent même pouvoir se suffire à eux-mêmes pour bon nombre d'intoxications, à évolution brève et ne nécessitant pas de moyens lourds ou spécialisés de prise en charge.

II/ L'EVALUATION DE LA GRAVITE DES INTOXICATIONS AIGUES AU SEIN DES STRUCTURES D'URGENCE.

Pour se prémunir contre des évolutions souvent dramatiques, et pour disposer de toutes les indications utiles à l'orientation ultérieure des patients, l'évaluation de la gravité d'une intoxication aiguë doit être complète et répétitive.

Les premiers instants de la prise en charge doivent être effectivement consacrés à l'évaluation des fonctions vitales des patients ; ils fourniront un premier instantané sur la gravité de l'intoxication.

Cette évaluation initiale, strictement clinique et concernant les fonctions ventilatoires, cardiocirculatoires et neurologiques, servira de référence à l'évaluation ultérieure et indiquera les premières mesures de traitement symptomatique à mettre en œuvre, notamment sur le plan ventilatoire.

Une attention particulière doit être portée sur cette fonction, très souvent altérée, par divers mécanismes, dont le plus fréquent mais aussi le plus insidieux, est le coma. Que d'accidents ventilatoires souvent mortels (arrêt cardiaque, anoxique, ou lors d'intubations tardives, inhalation de liquide digestifs ou de lavage, sur des voies aériennes non protégées...) auraient pu être évités, si des mesures d'oxygénation ou d'intubation trachéale précoces avaient été pratiquées !

Et quelle précieuse sécurité ces mesures simples, offrent à l'urgentiste pour poursuivre en toute sérénité les procédures de soins et d'investigations que nécessite l'état des patients !

Les moyens d'évaluation cette gravité initiale doivent aboutir

à un diagnostic rapide. Seuls les paramètres cliniques sont de ce fait, utiles.

Les échelles ci-dessous proposées répondent pour chacune des trois fonctions vitales, à cette exigence.

| GRADE DE SEVERITE | FONCTION CIRCULATOIRE | FONCTION VENTILATOIRE | | |
|-------------------|---|-----------------------|---|--------------------------------------|
| | | Polypnée | Dyspnée | Hypoxie |
| 1 | PA: N ou ↑ * Extrémités froides * Angoisse | + | Tirage intercostal | |
| 2 | PA : ↓+ (modérée) * S. cutanés ++ * Agitation | ++ | Tirage sus et sous claviculaire | Cyanose |
| 3 | PA ↓+++ (sévère) * Marbrures * Tr. de conscience | +++ (pauses) | Resp. abdominale Battement ailes nez | Tr.neurologiques Tr.circulatoires |
| 4 | Arrêt circulatoire | | Arrêt ventilatoire | |

SEMILOGIE CLINIQUE DES GRADES DE SEVERITE DE L'I. CIRCULATOIRE ET DE L'I. RESPIRATOIRE AIGUES.

| | GLASGOW | REFLEX-TRONC |
|-----------|---------|-----------------------|
| CORTEX | 15 | |
| S/CORTEX | 12 | |
| DIENCEP. | 10-8 | |
| MESENCEP. | 6-3 | R.photo-moteurs |
| PROTUB. | 3 | R.cornéens ROC-ROV |
| BULBE | | Toux-RO-card |

MORT CEREBRALE

ECHELLE CLINIQUE DE SOUFFRANCE NEUROLOGIQUE

Il importe de constater que vis à vis de la fonction ventilatoire, la gazométrie artérielle sanguine qui n'est pas partout disponible et dont les délais de réponse ne sont pas toujours compatibles avec l'urgence et/ou l'évolutivité de la situation clinique, n'est pas sollicitée dans le diagnostic de gravité des perturbations de la fonction ventilatoire. Il en est de même pour les multiples indices de gravité globaux (IGS II, APACHE...) ou spécifiques (PSS) ci- ou là proposés : les premiers ne peuvent orienter sur les menaces spécifiques de chaque intoxication ; les seconds supposent qu'un diagnostic toxicologique a été déjà établi, ce qui est loin d'être la règle en début de prise en charge d'une intoxication aiguë. Ces indices, comme pour d'autres pathologies, seront donc réservés aux évaluations rétrospectives.

Une intoxication aiguë est surtout une situation évolutive, fonction des doses absorbées et des particularités cinétiques de chaque toxique.

Le piège ou l'erreur serait de se limiter à une évaluation ponctuelle à l'admission du patient.

En effet l'expression de cette gravité :

- peut être différée dans le cas de toxiques à absorption lente et/ou à effets retardés. Ex : antidépresseurs tricycliques
- peut ne pas concerner les fonctions vitales en ayant néanmoins un fort potentiel de gravité. Ex : Paracétamol

Ces situations sont fréquentes et invitent à une vigilance soutenue et des évaluations répétées de la gravité, tant que le diagnostic toxicologique dans tous ses composantes, n'a pas été établi. Elles indiquent également que l'identification des paramètres toxicologiques qui conditionnent fortement la gravité de nombreuses intoxications font partie intégrante de la mission de l'urgentiste.

III/ L'ORIENTATION HOSPITALIERE DES INTOXICATIONS AIGÜES :

La destination habituelle des intoxications aiguës, après que les structures d'urgence aient achevé leurs missions est le service de Réanimation.

Cette orientation presque univoque est dans beaucoup de cas abusive ou inadaptée.

De nombreux patients en effet, ne présentent plus de risques de menace vitale bénéficieraient plus d'une prise en charge dans un service de spécialité pour gérer les conséquences spécifiques de leur intoxication :

Pour décider de manière judicieuse de cette orientation les urgentistes doivent solliciter deux ordres d'informations :

- Celles relevant de l'étape précédente sur la gravité constatée et à venir de l'intoxication, et qui sera le principal critère de l'admission en réanimation.
- Celles précisant au mieux les paramètres toxicologiques (nature du toxique, doses, voies et horaire d'absorption, effets et particularités toxicocinétiques) qui permettront d'une part de mettre en oeuvre les traitements toxicologiques spécifiques (antidotes, épuration...) et d'autre part, envisager une orientation adaptée.

Ainsi, autant pour l'évaluation de la gravité de l'intoxication que pour l'orientation ultérieure des patients, l'urgentiste est tenu d'entamer sans délais l'enquête toxicologique de la manière la plus complète possible, compte tenu des moyens dont il dispose.

Ces moyens sont d'abord un interrogatoire rigoureux sollicitant toutes les parties utiles, et une analyse clinique minutieuse à la recherche d'éléments d'orientation. C'est aussi l'accès rapide à des sources d'informations toxicologiques habilitées (C.A.P, ouvrages de toxicologie clinique) qui lui fourniront des indications essentielles sur les effets du produit et les moyens de les neutraliser.

A l'issue de cette démarche, plusieurs cas de figures peuvent émerger ; nous en citons quelques exemples tirés de notre pathologie toxique et qui illustrent les multiples possibilités d'orientation que l'on peut envisager :

- Ex n°1** - Diagnostic d'intoxication aiguë par 1 sachet de chloralose, porté par l'interrogatoire : les particularités toxicocinétiques et la brièveté évolutive de cette intoxication autorise une prise en charge complète dans un service d'urgences disposant de moyens d'assistance ventilatoire
- Ex n°2 :** - Aucune information n'est disponible chez ce jeune patient amené aux urgences, 30min après l'ingestion d'une substance X et présentant un état d'obnubilation.
- La surveillance de ce patient objective une aggravation des fonctions vitales (coma) . Ce fait doit amener à l'admission en réanimation où sera poursuivi l'enquête toxicologique et les traitements symptomatiques et spécifiques éventuels.
- Ex n°3 :** - Ingestion de 12 g de Paracétamol chez une jeune patiente. Arrivée une heure plus tard aux Urgences parfaitement consciente, se plaignant seulement d'épigastalgies.
- L'hospitalisation peut être envisagée dans un service de Médecine à valence digestive pour entamer ou poursuivre l'épuration digestive et la neutralisation du toxique, sous contrôles biologiques.
- Ex n°4 :** - Intoxication mineure au CO chez une patiente de 60 ans présentant une discrète obnubilation, rapidement réversible sans oxygénothérapie, ; aucune autre manifestation, notamment cardiorespiratoire, n'est relevée.
- Surveillance de quelques heures aux Urgences et retour à domicile avec RDV de consultation neurologique à la recherche de complications neurologiques différées.
- EX n°5 :** - Ingestion de 20 ml d'eau de Javel diluée chez un patient se présentant aux urgences avec des douleurs abdominales, sans signes de gravité
- Hospitalisation en Chirurgie digestive pour surveillance chirurgicale et bilan lésionnel.

| GRADE DE SEVERITE | FONCTION CIRCULATOIRE | FONCTION RESPIRATOIRE | | |
|-------------------|---|-----------------------|---|--------------------------------------|
| | | Polypnée | Dyspnée | Hypoxie |
| 1 | PA : Nou↑ * Extrémités froides+ * Angoisse | + | Tirage intercostal | |
| 2 | PA : ↓+ (modérée) * S. cutanés ++ * Agitation | ++ | Tirage sus et sous claviculaire | Cyanose |
| 3 | PA ↓+++ (sévère) * Marbrures * Tr. de conscience | +++ (pauses) | Resp. abdominale Battement ailes nez | Tr.neurologiques Tr.circulatoires |
| 4 | Arrêt circulatoire | | Arrêt ventilatoire | |

**SEMILOGIE CLINIQUE DES GRADES DE SEVERITE DE L'I. CIRCULATOIRE
ET DE L'I. RESPIRATOIRE AIGUES.**

| | GLASGOW | REFLEX-TRONC |
|-----------------------|---------|---------------|
| CORTEX | 15 | |
| S/CORTEX | 12 | |
| DIENCEP | 10-8 | |
| MESENCEP | 6-3 | RPM |
| PROTUB | 3 | RC ROC-ROV |
| BULBE | 3 | Toux-RO-card |
| MORT CEREBRALE | | |

ECHELLE CLINIQUE DE SOUFFRANCE NEUROLOGIQUE