

Recueil des intoxications graves et mortelles au CHU de Grenoble Résultat des deux premières années d'étude, 2007-2008

N. Fouilhé Sam-Lai, C. Barral-Baron, V. Groussin, P. Saviuc

Centre de Toxicovigilance, CHU Grenoble, 38043 Grenoble cedex 9

Introduction : Peu d'informations sont disponibles sur l'incidence des intoxications graves et des décès toxiques à l'échelon local, régional et national. Pour avoir un aperçu de la situation sur le CHU, un système prospectif de déclaration des intoxications graves et mortelles a été mis en place en 2007.

Méthodes : Une intoxication grave a été définie comme une pathologie pouvant être reliée à une cause toxique et devant nécessiter une prise en charge dans un service de réanimation. Le recueil repose sur le signalement de cas au Centre de Toxicovigilance (CTV) du CHU. Dix services du CHU ont participé à cette étude (5 réanimations, SMUR, SAU, centre de pharmacovigilance, laboratoires de pharmaco-toxicologie, de médecine légale). Une fiche de recueil a été renseignée à partir du dossier patient (notamment âge, sexe, circonstances, substances supposées en cause, clinique, analyses toxicologiques, évolution).

Résultats : Du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008, 325 signalements de cas ont été reçus au CTV : 10 décès et 315 intoxications graves.

Les 10 décès ont impliqué 8 femmes et 2 hommes âgés de 16 à 90 ans. L'intoxication était toujours volontaire. Les substances impliquées étaient : paracétamol et éthanol (3 fois chacun) et acéprométazine, antivitamine K (taupicide), bromazépam, chloroquine, codéine, diazépam, digoxine, dextropropoxyphène, dosulépine, eau de javel pure, loxapine, méprobamate, morphine, tramadol, warfarine (1 fois chacun).

Les 315 intoxications graves ont impliqué 180 femmes et 135 hommes âgés de 2 à 89 ans (6 de moins de 11 ans). L'exposition était volontaire dans 95% des cas. Les substances supposées impliquées les plus fréquentes étaient : éthanol (n=142), méprobamate (n=59, dont 38 en association avec acéprométazine), cyamémazine (n=57), bromazépam (n=52), acéprométazine (n=49, toujours en association), paracétamol (n=37), alprazolam (n=35), clonazépam (n=35) et zolpidem (n=25).

Le coma (GCS \leq 7), une PAS \leq 80mmHg/collapsus/choc et l'évolution (décès) sont rapportés dans le tableau pour les 325 patients et pour ceux exposés au clonazépam, à la cyamémazine, au méprobamate et au paracétamol.

| | Effectif* | GCS \leq 7 | PAS \leq 80mmHg ou collapsus ou choc | Décès |
|--------------|-------------------|--------------------|---|------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| clonazépam** | 35 (100%) | 19 (54,3%) | 11 (31,4%) | 0 (0,0%) |
| cyamémazine | 57 (100%) | 42 (73,7%) | 11 (19,3%) | 0 (0,0%) |
| méprobamate | 60 (100%) | 40 (66,7%) | 21 (35,0%) | 1 (1,7%) |
| paracétamol | 40 (100%) | 13 (32,5%) | 5 (12,5%) | 3 (7,5%) |
| total | 325 (100%) | 195 (60,0%) | 78 (24,0%) | 10 (3,1%) |

*Effectif : intoxications graves et décès

**Notamment associé au méprobamate (n=13) ou à la cyamémazine (n=9)

Conclusion : Cette étude a permis de relever 3 points : 1) les principales molécules supposées impliquées dans les décès ou les intoxications graves sont l'éthanol, le paracétamol et les psychotropes (la présence des benzodiazépines est liée à leur co-prescription fréquente), 2) une attention particulière doit être apportée aux intoxications par paracétamol lorsque la prise en charge est tardive, par cyamémazine (risque de sédation importante) et par méprobamate ; 3) la fréquence élevée du clonazépam dans les molécules supposées impliquées va à l'encontre de ses indications très limitées (épilepsie).