

# Intoxications médicamenteuses : quelle prise en charge ?

## Introduction

Les intoxications médicamenteuses (IM) représentent environ 2-4% des motifs de consultations dans les services d'urgences ceci y compris les intoxications par alcool souvent concomitantes (Pourtalès début 2010: 3.8%, CHU Saint-Dié-des-Vosges: 3.9%). Bien que la principale raison des IM reste un abus volontaire et à visée suicidaire, un surdosage accidentel en raison d'une mauvaise posologie, de diverses associations de médicaments ou leur mise à portée des enfants restent également parmi les causes rencontrées.

Vu la fréquence des IM et la diversité des médicaments et/ou des produits utilisés, les auteurs ont tenté dans cet article d'apporter quelques éléments pratiques dans la prise en charge initiale de ces situations.

Par ailleurs il est important de rappeler qu'indépendamment de la substance absorbée, de sa dose ou de sa dangerosité, toute tentative de suicide nécessite une évaluation psychiatrique ceci, d'une part, en raison du risque élevé de récurrence et, d'autre part, de la nécessité d'un suivi psychiatrique car la plupart de ces tentatives restent plutôt un appel à l'aide sans réelle volonté de mourir.

## Prise en charge initiale

### Mesures générales

Devant toute suspicion d'IM il est primordial de procéder à un bilan primaire afin de rechercher une éventuelle défaillance des fonctions vitales et d'y répondre, le cas échéant, par un traitement symptomatique. Cet examen sera effectué selon la procédure ABCDE :

- A. Airways: contrôle et libération des voies aériennes ;
- B. Breathing: présence et contrôle de la respiration (fréquence, détresse respiratoire, cyanose) ;
- C. Circulation: présence et contrôle du pouls (bradycardie, signes d'un état de choc, arythmies) ;
- D. Disability: défaillance neurologique (perte de contact verbal, coma, convulsions) ;
- E. Environment :  
hypothermie / hyperthermie.

Si une prise en charge « à la minute » ne s'avère pas indispensable, les

éléments suivants restent toutefois de mises :

1. Anamnèse dirigée avec le patient et/ou son entourage sur les points suivants :
  - Substance(s) ingérée(s), la quantité et l'heure de la prise.
  - Antécédents médicaux et facteurs influençant la prise en charge (insuffisance rénale, hépatique,...).
  - Traitement habituel (indice en cas d'intoxication volontaire).
  - Profession: (indice sur le type de substance à disposition).
2. Examen clinique et évaluations des paramètres vitaux. Les différents signes et symptômes vont influencer la prise en charge et aiguiller le thérapeute si la substance n'est pas connue.
3. Examens complémentaires :
  - ECG (arythmies, QTc allongé, troubles de conduction).
  - Laboratoire (électrolytes, fonctions hépatique et rénale, gaz du sang, troubles acido-basiques).
4. Analyse toxicologique à visée diagnostique, pronostique et/ou de traitement spécifique.
5. Initiation de traitement :
  - Symptomatique: maintien des fonctions vitales, oxygénothérapie, hydratation, réchauffement ou refroidissement, soutien hémodynamique.
  - Evacuateur: cf. plus loin.
  - Spécifique/antidote.
  - Admission aux soins intensifs en cas d'atteinte vitale (défaillance respiratoire, état de choc, arythmies, GCS < 8).
6. Evaluation de la toxicité de la substance (Tox Zentrum tél. 145, ou [www.toxi.ch/fre/welcome.html](http://www.toxi.ch/fre/welcome.html), Compendium des médicaments).

### Traitement épurateur ou évacuateur

#### Charbon actif

La structure moléculaire du charbon actif lui confère une grande capacité absorbante qui diffère cependant en fonction de la substance à absorber. Son indication doit rester très large (Paracétamol, Barbituriques, antidépresseurs, digitaliques, benzodiazépines, quinine, ...) bien que son efficacité soit

moins avérée dans le cas d'IM à la colchicine, à l'éthanol, à l'éthylène glycol (anti-gel), au lithium ou les sels de fer. Le charbon actif doit être administré dès que possible à raison de 1 g/kg de poids corporel per os (minimum 50g c/o l'adulte). En cas d'IM avec des substances ayant un cycle entéro-hépatique important (carbamazépine, dapsone, phéno-barbital, quinine, digoxine, théophylline...) une administration répétée est indiquée. Son administration reste toutefois contre-indiquée en cas de risque de broncho-aspiration (vomissements, troubles de la conscience, convulsions, ...). Dans ces cas là, l'intubation oro-trachéale est à envisager rapidement.

### Vomissements provoqués par le sirop d'Ipeca

L'administration d'Ipeca peut nuire à l'action des différents antidotes et à celle du charbon actif et avoir des effets secondaires majeurs sous forme d'accidents cardiaques et de déshydratation sévère. Son utilisation est devenue extrêmement rare voire déconseillée dans la majorité des centres et reste « réservée » à l'ingestion récente voire immédiate de toxiques à forte létalité. L'administration chez l'adulte est de 30 ml per os suivie d'un verre d'eau et de moitié chez l'enfant. L'administration d'Ipeca ainsi que toute provocation de vomissements sont strictement contre-indiquées en cas d'ingestion de produits corrosifs alcalins ou acides forts, d'hydrocarbures pétroliers et de produits moussants.

### Lavage gastrique

Cette procédure « ancestrale » est encore utilisée dans de rares cas et uniquement en milieu hospitalier. Son efficacité reste toutefois incertaine alors qu'elle peut être à l'origine de quelques effets indésirables potentiellement graves (perforation/hémorragie digestive, broncho-aspiration, laryngo-spasme, arythmies). Le lavage gastrique doit toutefois être effectué le plus précocement possible et de préférence dans les 60 minutes post ingestion. Il est préconisé plus particulièrement dans le cas des substances non absorbées par le charbon actif ou pour les tricycliques en raison de leur forte toxicité et de la formation

d'agrégats dans le tube digestif. Dans ce dernier cas, en raison de la parésie gastrique induite, il peut exceptionnellement être pratiqué plus tardivement. Cette procédure reste toutefois contre-indiquée en présence de troubles de la conscience, d'ingestion de produits caustiques, moussants ou d'hydrocarbures.

### Epuration rénale du toxique

Le recours à cette technique est rarement nécessaire car la plupart des toxiques sont métabolisés et éliminés par voie hépatique. Bien que l'efficacité de la dialyse ne soit pas scientifiquement prouvée, elle garde néanmoins sa place en présence de déséquilibre métabolique grave et menaçant le pronostic vital du patient (acidose sévère, hyperkaliémie, ...). Parmi les différentes techniques d'épuration l'alcalinisation de la diurèse par l'administration de bicarbonates est fréquemment utilisée notamment en cas d'intoxication à l'aspirine, aux barbituriques et au méthotrémate.

L'hémodialyse peut être également utilisée dans certaines situations particulières comme en cas d'anurie chez les insuffisants rénaux intoxiqués aux biguanides ou lors des IM au lithium, au méthanol ou à l'éthylène glycol (anti-gel).

### Mesures spécifiques

Lors de toute IM et après la mise en route des mesures générales citées ci-dessus, il convient de considérer le cas spécifique de chaque substance et de recourir, le cas échéant, aux mesures thérapeutiques appropriées et notamment aux antidotes spécifiques.

Par ailleurs en présence d'un patient comateux et en cas de non connaissance des substances ingérées le protocole suivant est préconisé: Thiamine 100mg i.v., Glucose intraveineux, et Narcan à titrer.

Les substances les plus fréquemment rencontrées lors des IM sont revues ci-après.

### Béta bloquants

Effets cliniques:

- Cardio-respiratoire: bradycardie, hypotension sévère, insuffisance cardiaque aiguë, blocs A-V divers, choc cardiogène, bronchospasme, cyanose, arrêt cardiaque.

- Autres: nausées, vomissements, troubles de l'état de conscience, coma.

Traitement:

- Surveillance étroite, mesures générales et si nécessaire en unité de soins intensifs.
- En cas de bradycardie: atropine (maximum 3 mg). La pose d'un pace maker provisoire peut parfois être nécessaire.

Antidote: glucagon 3-10 mg en bolus IV. A répéter ou en perfusion continue si nécessaire. L'état de choc nécessite souvent le recours aux sympathicomimétiques (Adrénaline, éphédrine, ...) et au remplissage vasculaire généreux.

Cinétique: voir tableau 1.

### Opiacés

Effets cliniques:

- Surdosage léger: nausées, vomissements, myosis, dysphorie.
- Cardio-respiratoire: dépression et arrêt respiratoire, hypotension artérielle.
- Hypothermie, sédation, confusion, coma.

Traitement:

- Mesures générales.
- Surveillance respiratoire et neurologique étroite, assistance respiratoire voire intubation et, si nécessaire, admission en unité de soins intensifs.

Antidote:

- Naloxone: à administrer de 0,2 à 0,4 mg par voie IV, IM ou S/C et, au besoin, en perfusion continue, i.m. ou s.c.

CAVE: La demie-vie de la Naloxane (70 min) étant plus courte que celle des opiacés, une nouvelle administration est souvent nécessaire.

Cinétique: voir tableau 2.

### Benzodiazépines

Effets cliniques:

- Surdosage léger: torpeur, irritabilité, réactions paradoxales, léthargie.
- Ataxie, baisse du tonus musculaire, hypotension, dépressions cardiovasculaire et respiratoire, coma.

Traitement:

- Traitement symptomatique.
- Surveillance respiratoire et neurologique étroite et si nécessaire admission aux soins intensifs.
- Recours à l'antidote.

Antidote:

- Anexate, 0,2mg en bolus à répéter toutes les 60 secondes en fonction de la réponse (maximum de 1mg). Peut également être administré en continu.

CAVE: des crises convulsives voire même un état de mal épileptique peuvent survenir suite à l'administration de l'Anexate ceci, plus particulièrement, lors des intoxications combinées avec des neuroleptiques. Son utilisation reste donc très limitée et doit être réservée aux cas graves (coma, dépression respiratoire) ou en cas de doute diagnostique.

Dose critique: Les doses toxiques sont très élevées et laissent une

Tableau 1

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Aténolol: Tenormin	6 heures	2-4 heures
Bisoprolol: Concor, Bilol	10-12 heures	2-3 heures
Métoprolol: Béloc, Loprésor	3,5 heures	?
Métoprolol R: Béloc Zok	3,5 heures	24 heures
Nebivolol: Nebilet	10-50 heures	0,5-6 heures
Sotalol: Sotalex	7-15 heures	2,5-4 heures

Tableau 2

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Fentanyl Janssen et curamed	5 h 45 - 7 h 45	2-5 minutes
Fentanyl (Sinthenyl)	3 h 40	
Morphine	1-5 heures	IV 20 min, IM - S/C 30-90 min
Tramadol = Tramal	6 heures	2 heures

«grande» marge de sécurité (environ 30 fois la dose quotidienne).

- Décès rare sauf si combinaison avec autres substances neuro-dépressives et/ou alcool.

Cinétique : voir tableau 3.

### Antidépresseurs

#### Tricycliques :

Effets cliniques :

- Syndrome sérotoninergique : obnubilation, stupeur, nervosité, agitation, hyperréflexie, rigidité musculaire, convulsions, hyperpyrexie, myoclonies, délire et coma.
- Cardio-vasculaire : hypotension, tachycardie, arythmie, QTc prolongé, troubles de la conduction, choc, insuffisance cardiaque, arrêt cardiaque rare.
- Autres : dépression respiratoire, cyanose, vomissements, ataxie, mydriase, sudation, insuffisance rénale.

Traitement :

- Traitement symptomatique et charbon actif.
- Lavage gastrique en raison des complications cardiaques potentiellement graves.
- Surveillance cardiaque et neurologique étroite aux soins intensifs. Le recours à un pace maker provisoire est parfois nécessaire.
- Administration de benzodiazépines si crise convulsivante.
- Chez l'enfant le surdosage est à considérer comme potentiellement mortel. Il est à noter que les tricycliques ont un cycle entéro-hépatique important ainsi qu'une longue demi-vie, ce qui souvent nécessite une plus longue période (4-6 jours) de surveillance.

Antidote : Néant.

Cinétique : voir tableau 4.

#### Inhibiteur sélectif de la MAO

Effets cliniques : Syndrome sérotoninergique, crise d'épilepsie, crise hypertensive.

Prise en charge : Surveillance et traitement symptomatique.

Antidote : Néant

Cinétique : voir tableau 5.

#### Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine

Effets cliniques :

- Intoxication légère : nausées, vertiges, tachycardie, tremblements, obnubilation, fatigue.

- Convulsions, modifications ECG (élargissement du QRS et modification de l'intervalle QT et du segment ST, rhabdomyolyse, troubles respiratoires.

- Dose critique : Seropram 600mg, Cipralax 190mg.

Prise en charge :

- Traitement symptomatique.
- Benzodiazépines en cas de convulsions.
- Dans le cas de la Fluoxétine et de la Sertraline une diurèse forcée ou une hémodialyse peuvent avoir leur place en raison de l'important volume de distribution.

Antidote : Néant.

Cinétique : voir tableau 6.

#### Inhibiteur de la recapture de sérotonine et de noradrénaline

Effets cliniques :

- Cymbalta : somnolence, coma, syndrome sérotoninergique, tachycardie, convulsions, vomissements. Dose critique : 1000mg.
- Efexor : idem plus mydriase, allongement du QRS, du QT, bloc de branche, bradycardie, hypotension, vertiges.
- Trittico : fatigue, léthargie, vertiges, acouphènes, hypotension artérielle, douleurs abdominales, faiblesse musculaire.
- Remeron : dépression du système nerveux central, désorientation, sédation prolongée, tachycardie, hyper ou hypotension.

**Tableau 3**

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Alprazolam = Xanax ret.	12-15 heures	5-11 heures
Bromazepam = Lexotanil	20 heures	2 heures
Clobazam = Urbanyl	50 heures	2 heures
Clonazepam = Rivotril	40 heures	1-4 heures
Clorazepam = Tranxilium	30-50 heures	1 heure
Diazepam = Valium	50 heures	30-90 minutes
Flunitrazepam = Rohypnol	1-2 heures	16-35 heures
Flurazepam = Dalmadorm	50 heures environs	?
Lorazepam = Temesta	12-16 heures	2-3 heures
Lormetazepam = Noctamid	10 heures	1,5 heures
Midazolam = Dormicum	2,5 heures	2 heures
Oxazepam = Seresta, Anxiolit	10 heures	2,5 heures
Zolpidem = Stilnox	3 heures	30 min -3 heures

**Tableau 4**

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Amitriptyline = Triptizol	30 heures	2-12 heures
Amitriptyline = Saroten ret.	44 heures	3-6 heures
Clomipramine = Anafranil	36 heures	24 heures
Imipramine = Tofranil	19 heures	24 heures
Trimipramine = Surmontil	24 heures	3 heures

**Tableau 5**

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Moclobémide = Aurorix	2-4 heures	1 heure

**Tableau 6**

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Citalopram = Seropram	2-4 heures	33 heures
Escitalopram = Cipralax	30 heures	4 heures
Fluoxétine = Fluctine	4-384 heures (*)	6-8 heures
Paroxétine = Déroxat	6-71 heures	?
Sertraline = Zoloft	62-104 heures	?

\* T1/2 du métabolite = 16 jours

Prise en charge :

- Traitement symptomatique. En raison de l'important volume de distribution une hémodialyse ou une diurèse forcée peuvent s'avérer nécessaires.

Antidotes : Néant.

Cinétique : voir tableau 7.

**Paracétamol** = Dafalgan, Panadol, Ben-u-ron, Treupel, Acétalgine

Effets cliniques: (essentiellement des signes de nécrose hépatocellulaire):

- 1ère phase: nausées, vomissements, douleurs abdominales, sentiment malaise.
- 2ème phase: amélioration subjective, hypertrophie hépatique, augmentation des transaminases, de la bilirubine et baisse du TP.
- 3ème phase: forte augmentation des transaminases, ictère, hypoglycémie, coma hépatique.
- dose critique: de 7,5 à 10g chez l'adulte et de 150 à 200 mcg/kg chez l'enfant.

Prise en charge :

- Traitement symptomatique et administration de charbon actif.
- Mesure indispensable de la paracétamolémie (pas avant 4 heures après la prise) de manière à se situer sur les courbes de toxicité (Normogramme de Rumack-Matthew, voir tableau 8). Il s'agit d'instaurer un traitement de N-Acétylcystéine jusqu'à l'obtention de la paracétamolémie et de le poursuivre ou non en fonction des taux mesurés.
- Hépatite mortelle décrite à partir d'une paracétamolémie  $\geq 300$  mg/l à la 4ème heure ou de 45 mg/l à la 15ème quinzème.
- Hépatite grave à partir de 200 mg/l à la 4ème heure ou de 30 mg/l à la 15ème.
- Absence de risque si paracétamolémie  $> 150$  mg/l à la 4ème heure ou de 25 mg/l à la 15ème.

Antidote :

- N-Acétylcystéine en intraveineuse si paracétamolémie  $\geq 200$  mg/l ou  $> 900$  mcml à 4ème heures après la prise. L'efficacité est meilleure pour une administration dans les 8 heures suivant l'ingestion de paracétamol. Toutefois le recours à l'antidote doit être fait lors de l'intoxication indépendamment du délai de la prise.

- Posologie : **Intaveineuse** :

150mg/kg de poids corporel dans une perfusion de glucose 5% de 200 ml en 15 minutes, puis 50mg/kg dans 500ml de glucose 5% en 4 heures, puis 100 mg/kg dans 1000 ml de glucose 5% en 16 heures, ceci si la prise de paracétamol est de moins de 10 heures. Pour une administration à plus de 10 heures de l'ingestion, bolus initial de 140 mg/kg de poids corporel et ensuite 70 mg/kg toutes les 4 heures, à répéter 12x pour un dosage total de 980 mg/kg sur 48 heures.

**Per os**: 140 mg/kg en dose de charge puis 70m/kg toutes les 4 heures pendant 72 heures. A noter que la prise concomitante de charbon activé diminue l'absorption de N-Acétylcystéine !

Cinétique : voir tableau 8.

**Acide Acétylsalicylique** = Aspirine, Aspégic, Alcacyl, Alka-Seltzer, Kardégic, Tiatral

Effets cliniques :

- Nausées, vomissements, céphalée, hyperglycémie ou hypoglycémie, exanthèmes, vertiges, bourdonnements d'oreille, troubles visuels et auditifs, tremor, obnubilation, hyperthermie, sudation, hyperventilation, déséquilibres acido-basiques et hydro-électrolytiques, déshydratation, coma et insuffisance respiratoire.

- Dose critique : ~ 10 g chez l'adulte ou de 300 mg/kg de poids corporel.

Prise en charge :

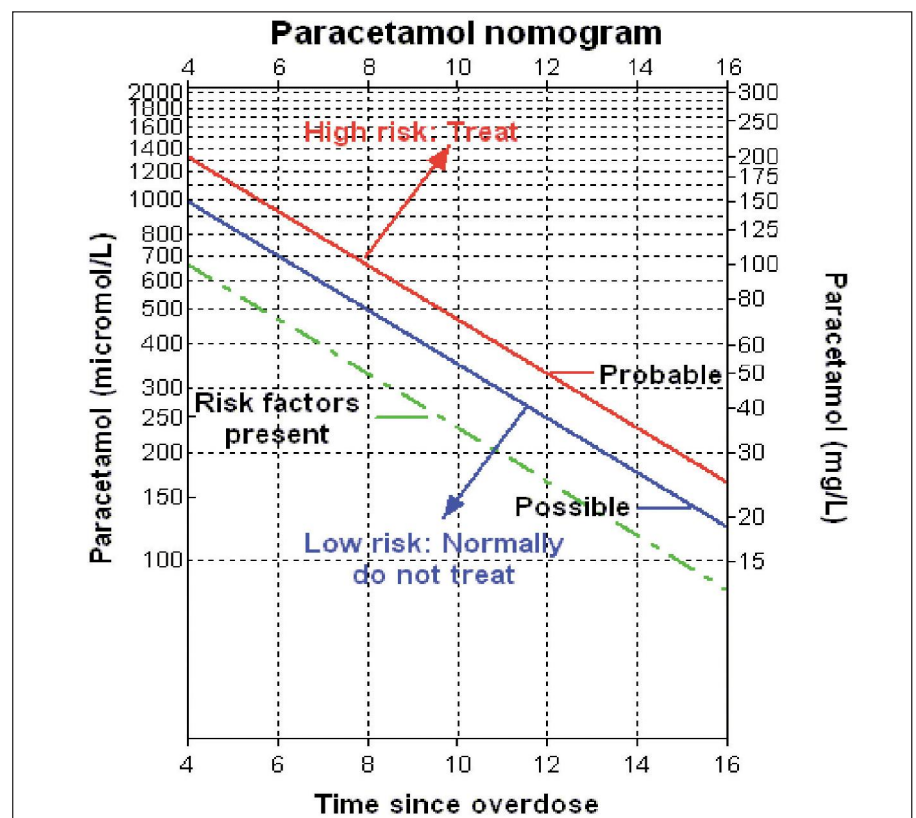
- Traitement symptomatique.
- Cas graves: prise en charge en milieu de soins intensifs. Alcalinisation des urines et hémodialyse

**Tableau 7**

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Venlafaxine = Eflexor	11 heures	9 heures
Duloxétine = Cymbalta	8-17 heures	6-10 heures
Mirtazapine = Remeron	20-40 heures	2 heures
Trazodone = Trittico	9-11 heures	?

**Tableau 8**

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Paracétamol	4,5 heures	1 heure



si trouble acido-basique important.

Antidote: Néant

Cinétique: voir tableau 9.

### AINS

Effets cliniques:

- Douleurs abdominales, nausées, vomissements, céphalées, vertiges, acouphènes, diplopie, nystagmus, somnolence, coma, hypothermie, convulsions, acidose métabolique, hypotension artérielle, troubles du rythme cardiaque, insuffisance rénale aiguë, pause respiratoire, ulcère et hémorragie digestive.

Prise en charge:

- Traitement symptomatique.
- Dans de très rares cas épuration rénale.
- Benzodiazépines: si convulsions.

Antidote: Néant.

Cinétique: voir tableau 10.

### Neuroleptiques

Effets cliniques:

#### - Les phénothiazines:

Nozinan, Chlorazin.

Somnolence, excitation, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, hypotonie, constipation voire iléus paralytique, rétention urinaire, troubles extrapyramidaux et syndrome anti-cholinergique.

#### - Les thioxantènes:

Clopixol, Truxal.

Somnolence, convulsions, syndrome extrapyramidal, choc, allongement de l'intervalle QT, torsade de pointe, arrêt cardiaque, arythmies ventriculaires, hypo et hyperthermie, parfois atteinte rénale.

#### - Les butyrophénones:

Haldol.

Syndrome extra-pyramidal, hypotension artérielle, sédation, coma, détresse respiratoire, crise d'épilepsie, arythmie ventriculaire, allongement de l'intervalle QT.

#### - Dibenzothiazépines:

Entumine, Séroquel.

Somnolence, hypotension, tachycardie, allongement de l'intervalle QT, dépression respiratoire, syndrome extrapyramidal, convulsions, coma.

#### - Benzisoxazoles:

Invega (forme retardée), Risperdal.

Obnubilation, sédation, tachycardie, allongement de l'intervalle QT, hypotension artérielle, symptômes extra-pyramidaux.

#### - Divers:

Abilify.

Léthargie, hypertension artérielle, somnolence, tachycardie, vomissements.

Dose critique > 1260 mg.

Prise en charge:

- Traitement symptomatique.
- Si syndrome extra-pyramidal: Bipéridène = Akinéton, 2,5 à 5 mg i.m. ou en i.v. lente à répéter aux 30 minutes au besoin (max 10-20mg).
- Si syndrome anticholinergique: Physotigmine.
- Si convulsions: Benzodiazépine.

Antidote: Néant.

Remarque: Les neuroleptiques ont un cycle entéro-hépatique important.

Cinétique: voir tableau 11.

### Digoxine

Effets cliniques:

- Gastro-intestinaux: nausées, vomissements, douleurs abdominales, risque d'infarctus mésentérique par réduction du débit splanchnique.
- Cardiaques: troubles et blocs de conduction, arythmies supra et ventriculaires, troubles de la repolarisation (ST cupuliforme).

- Nerveux: confusion, céphalées, agitation, angoisse, accès de délire, décompensation psychotique.

- Oculaires: vision floue, photophobie, dyschromatopsie, scotomes scintillants.

Prise en charge:

- Symptomatique.
- En cas de trouble du rythme les anti-arythmiques, parfois la mise en place d'un pace maker provisoire ou un choc électrique peuvent s'avérer nécessaires.
- Spécifique: en cas d'intoxication mettant en jeu le pronostic vital il est possible d'administrer des anticorps anti-digoxine (fragments Fab). Ils sont d'autant plus efficaces qu'ils sont administrés précocement.
- Demi-vie: 40 heures, pic plasmatique 1 heure.

Antidote:

- FAB.
- Posologie: 400-500 mg de Fab i.v. en 15 à 30 minutes si la dose de prise est inconnue et 64 mg de Fab/mg de digoxine si la dose de prise est déterminée.

### Valise d'urgence

La liste des antidotes (l'antidotaire suisse) a été remise à jour dernièrement par le centre suisse d'information toxicologique et par la société suisse des pharmaciens et des hôpitaux.

Tableau 9

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Acide acétylsalicylique	30 heures	variable selon la dose

Tableau 10

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Ibuprofène = Brufen, Irfen, ...	1,5-2 heures	variable
Acide méfénamique = Ponstan	2 heures	3 heures
Diclofénac = Voltarène, Olfen	3 heures	?
Indométacine = Indocid	4,5 heures	cycle entéro-hépatique

Tableau 11

Substance	Demi-vie	Pic plasmatique
Phénothiazines = Nozinan	15-30 heures	?
Thioxanthènes = Clopixol, Truxal	3-29 heures	2,5 heures
Butyrophénones = Haldol	12-38 heures	3 heures (20 min si IM)
Dibenzothiazépines = Entumine	7-12 heures	?
Benzisoxazoles = Risperdal	1-2 heures	3 heures (23 /Invega)
Divers = Abilify	75-146 heures	3-5 heures

La liste comprend les substances ne faisant pas partie des listes standards des pharmacies publiques et dont l'utilisation comme antidotes est peu connue ou qu'elle exige des quantités plus importantes que celles normalement en stock dans un hôpital.

L'antidotaire suisse se compose d'un assortiment de base dans chaque hôpital et chaque pharmacie publique. Un assortiment complémentaire est présent dans les centres régionaux répertoriés, (par exemple HNE-Pourtalès pour le canton de Neuchâtel).

Pour le médecin de garde il est important de disposer, dans sa valise d'urgence, les antidotes les plus importants en fonction de la fréquence des intoxications observées. Cette liste peut être limitée à: Naloxone, Anexate, Atropine, Adrénaline, N-Acétylecystéine (Solmuco ou Fluimucil), Benzodiazépines en cas de convulsions et du Glucagon.

#### Conclusion :

En guise de conclusion il est important de citer le rôle primordial de l'auto et/ou de l'hétéro anamnèse et du travail d'enquêteur du médecin qui dictera le reste de la prise en charge. Une action rapide et ciblée en fonction des possibilités reste le meilleur garant d'une évolution favorable. Comme mentionné, à défaut d'antidote spécifique dans la plupart des situations d'IM, la mise en place rapide d'un traitement symptomatique de qualité et l'acheminement des victimes vers un centre approprié reste de mise.

Dr M.-O. Persoz  
Dr R. Kehtari  
DCU-HNE

#### Bibliographie :

Compendium des médicaments suisses 2010.  
Site internet de swiss medic.  
Bulletin des médecins suisses. 2010; 91: 17.  
Intoxications aux urgences; Paul Zetlaoui et Martine Lenoble. Editions Elsevier 2004.  
Les urgences en toxicologie; Jacques Descotes. Editions Malone 1992.  
Cours des soins intensifs, Intoxications médicamenteuses aiguës; Régula Zürcher-Zenklusen HNE-Pourtalès, 2006.  
Intoxications aiguës par ingestion médicamenteuse; La revue prescrire; mai 2010.  
Pharmacologie, programme de médecine; Médecine et Hygiène 2001.



## FINANCEMENT MÉDICAL PLUS

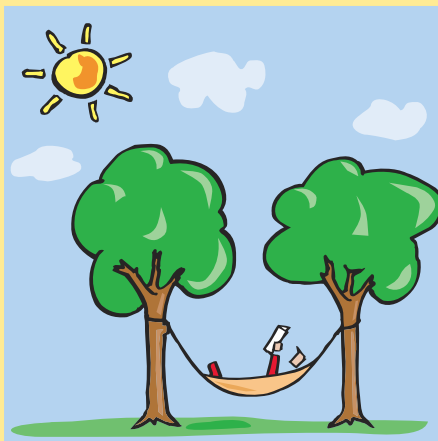
ACCOMPAGNER VOTRE DÉVELOPPEMENT



Plus forts ensemble

Vous souhaitez développer, installer ou reprendre un cabinet dans le canton de Neuchâtel. Avec **Financement MÉDICAL Plus** la BCN s'engage à vos côtés pour relever le défi. Contactez-nous au 032 723 61 11 ou par e-mail à l'adresse [info@bcn.ch](mailto:info@bcn.ch).

[www.bcn.ch](http://www.bcn.ch)



**SNM-News**  
vous  
souhaite  
de belles  
vacances  
d'été