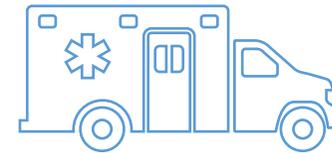


Intoxication Volontaire Médicamenteuse



- Femme de 55 ans
- Pas d'ATCD connu, hormis un suivi au CMP pour épisodes dépressifs caractérisés, traitée par amitryptiline (LAROXYL[®] 50 mg)
- OH quotidien
- Problèmes conjugaux avec son mari, en instance de divorce
- A fait une TS il y a 3 ans



- Transférée par les pompiers à la SAUV
- Après appel du 15 par sa fille à 8h15
- L'aurait trouvée au sol, agitée mais ne répondant pas
- Présence de boîtes de Laroxyl® + 1 bouteille de Belle Cabresse

—> Transfert à la SAUV pour « intoxication volontaire médicamenteuse »

- A l'arrivée à la SAUV à 8h35:
- Paramètres vitaux :
 - TA 90/60 mmHg
 - FC 112 bpm
 - Sat 96 % AA
 - FR 17/min
 - Glycémie 1,26 g/L
 - T : 36,5 °C



Examen clinique :

Etat général : pas de signes d'hypoperfusion tissulaire, extrémités chaudes, muqueuses sèches

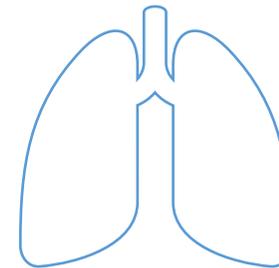
- Neurologique : agitation,
- yeux ouverts à la stimulation verbale, balbutie quelques mots, retire les bras quand on tente de la prélever, mydriase réactive bilatérale,
- ROT ↗, trépidation épileptoïde et réflexes cutanés plantaires en extension ;
- pas de plaie du scalp ni hématome, ni ecchymose,
- pas d'autre signe de focalisation neurologique, pas de syndrome méningé



Examen clinique :

Etat général : pas de signes d'hypoperfusion tissulaire, extrémités chaudes, muqueuses sèches

- Neurologique : agitation,
- yeux ouverts à la stimulation verbale, balbutie quelques mots, retire les bras quand on tente de la prélever, mydriase réactive bilatérale,
- ROT ↗, trépidation épileptoïde et réflexes cutanés plantaires en extension;
- pas de plaie du scalp ni hématome, ni ecchymose,
- pas d'autre signe de focalisation neurologique, pas de syndrome méningé
- Respiratoire : eupnéique AA, MV +/-, pas de toux ni expectorations, ballants du mollet conservé, pas de douleur à la dorsiflexion des pieds



Examen clinique :

Etat général : pas de signes d'hypoperfusion tissulaire, extrémités chaudes, muqueuses sèches

- Neurologique : agitation,
- yeux ouverts à la stimulation verbale, balbutie quelques mots, retire les bras quand on tente de la prélever, mydriase réactive bilatérale,
- ROT ↗, trépidation épileptoïde et réflexes cutanés plantaires en extension;
- pas de plaie du scalp ni hématome, ni ecchymose,
- pas d'autre signe de focalisation neurologique, pas de syndrome méningé
- Respiratoire : eupnéique AA, MV +/-, pas de toux ni expectorations, ballants du mollet conservé, pas de douleur à la dorsiflexion des pieds
- Cardiologique : tachycardie régulière sans souffle, pas de signes d'IC, pas de douleur thoracique, pouls périphériques perçus

Examen clinique :

Etat général : pas de signes d'hypoperfusion tissulaire, extrémités chaudes, muqueuses sèches

- Neurologique : agitation,
- yeux ouverts à la stimulation verbale, balbutie quelques mots, retire les bras quand on tente de la prélever, mydriase réactive bilatérale,
- ROT ↗, trépidation épileptoïde et réflexes cutanés plantaires en extension;
- pas de plaie du scalp ni hématome, ni ecchymose,
- pas d'autre signe de focalisation neurologique, pas de syndrome méningé
- Respiratoire : eupnéique AA, MV +/-, pas de toux ni expectorations, ballants du mollet conservé, pas de douleur à la dorsiflexion des pieds
- Cardiologique : tachycardie régulière sans souffle, pas de signes d'IC, pas de douleur thoracique, pouls périphériques perçus
- Abdominal : abdomen souple, dépressible, douleur en fosse iliaque gauche, BHA inaudibles, matité et voussure suspubienne

2 - Evaluation de la gravité

2 - Evaluation de la gravité

- Neurologique : yeux ouverts à la stimulation verbale, balbutie quelques mots, retire bras quand on prélève le bilan

Glasgow ?

2 - Evaluation de la gravité

- Neurologique : yeux ouverts à la stimulation verbale, balbutie quelques mots, retire bras quand on prélève le bilan

Glasgow ?

Yeux	Verbale	Motrice
		M6 Normale à la demande (ordres simples)
	V5 Discours cohérent, orienté	M5 Localise la douleur, mouvements orientés par rapport à la douleur → Repousse le bras
Y4 Ouverture des yeux spontanée	V4 Réponse confuse : → Capable de faire des phrases mais incohérentes ou inadaptées à la question	M4 Non orientée à la douleur → Retire le côté stimulé, gigote
Y3 Ouverture des yeux à la demande	V3 Réponse inappropriée : → Capable de dire des mots. Inadaptés et incohérents	M3 Décortication → Flexion stéréotypée
Y2 Ouverture des yeux à la douleur	V2 Réponse incompréhensible : → Fait des sons, des bruits, grogne	M2 Décérébration → Extension stéréotypée Enroulement
Y1 Absence d'ouverture des yeux à la douleur	V1 Aucune réponse, même à la douleur	M1 Aucune à la douleur

2 - Evaluation de la gravité

- Neurologique : yeux ouverts à la stimulation verbale, balbutie quelques mots, retire bras quand on prélève le bilan

Glasgow ? Y3V3M5 = GSG11

Yeux	Verbale	Motrice
		M6 Normale à la demande (ordres simples)
	V5 Discours cohérent, orienté	M5 Localise la douleur, mouvements orientés par rapport à la douleur → Repousse le bras
Y4 Ouverture des yeux spontanée	V4 Réponse confuse : → Capable de faire des phrases mais incohérentes ou inadaptées à la question	M4 Non orientée à la douleur → Retire le côté stimulé, gigote
Y3 Ouverture des yeux à la demande	V3 Réponse inappropriée : → Capable de dire des mots. Inadaptés et incohérents	M3 Décortication → Flexion stéréotypée
Y2 Ouverture des yeux à la douleur	V2 Réponse incompréhensible : → Fait des sons, des bruits, grogne	M2 Décérébration → Extension stéréotypée Enroulement
Y1 Absence d'ouverture des yeux à la douleur	V1 Aucune réponse, même à la douleur	M1 Aucune à la douleur

2 - Evaluation de la gravité

- Neurologique : GSG 11 agitée
- Hémodynamique : HypoTA 90/60 mmHg = PAM 70 mmHg, FC 112 bpm, pas d'hypoperfusion tissulaire, extrémités chaudes
- Respiratoire : Pas de détresse respiratoire, eupnéique AA, Sat 96%, FR 17

2 - Evaluation de la gravité

- → 1eres mesures thérapeutiques

- • monitoring < 5 min : SpO2, scope ECG, FR, FC, PA non invasive automatisée
- • surveillance des voies aériennes à risque d'obstruction
- • pose 2 x VVP, remplissage vasculaire
- • réanimation cardiopulmonaire si ACR

Approche diagnostique

- 1 - Diagnostic d'intoxication : analyse du contexte

- le type de médicament(s), drogue(s), substance(s) pris : récupérer les emballages et produits ingérés. ⚠ les co-intoxications sont fréquentes ! Terrain oriente en l'absence de boîte retrouvée
- l'heure de la prise et du début des symptômes
- la quantité des produits ingérés (« dose supposée ingérée ») : hypothèse du pire

Toxidromes

- **Toxidrome** = regroupement de signes et de symptômes qui caractérisent une intoxication par une classe spécifique de substances toxiques.
 - examen clinique minutieux
 - modification du système neurovégétatif ++
- => la concordance médicament supposé/toxidrome confirme le diagnostic de l'exposition ou l'infirme ou fait supposer une co-intoxication.
- => Il n'y a pas de médicaments ou toxiques supposés : l'existence d'un toxidrome permet une première orientation.
- centre anti poison de référence : APHP ☎ 01 40 05 48 48 :
 - en dehors des situations de toxiques que vous maîtrisez parfaitement.
 - centres antipoison et de toxicovigilance : surveillance épidémiologique + suivi des patients.

Diagnostic différentiel trouble de la conscience :

==> TDMc

Diagnostic différentiel trouble de la conscience :

- métabolique (dysnatrémie, hypercalcémie, hypoglycémie)
- syndrome méningé
- traumatisme crânien
- syndrome fébrile
- signe de focalisation

- Diagnostic d'intoxication :

- le type de médicament : LAROXYL 50 mg + OH
- l'heure de la prise et du début des symptômes : la fille a entendu sa mère se lever à 7h30 et aller directement à la salle de bain, où elle l'a retrouvée au sol avant d'appeler le 15
- la quantité des produits ingérés (« dose supposée ingérée ») : hypothèse du pire 2 boîtes vides de 10 cp de Laroxyl 50 mg = 1g

Examen clinique :

Etat général : pas de signes d'hypoperfusion tissulaire, extrémités chaudes, muqueuses sèches

- Neurologique : agitation,
- yeux ouverts à la stimulation verbale, balbutie quelques mots, retire les bras quand on tente de la prélever, mydriase réactive bilatérale,
- ROT ↗, trépidation épileptoïde et réflexes cutanés plantaires en extension;
- pas de plaie du scalp ni hématome, ni ecchymose,
- pas d'autre signe de focalisation neurologique, pas de syndrome méningé
- Respiratoire : eupnéique AA, MV +/-, pas de toux ni expectorations, ballants du mollet conservé, pas de douleur à la dorsiflexion des pieds
- Cardiologique : tachycardie régulière sans souffle, pas de signes d'IC, pas de douleur thoracique, pouls périphériques perçus
- Abdominal : abdomen souple, dépressible, douleur en fosse iliaque gauche, BHA inaudibles, matité et voussure suspubienne

- Encéphalopathie anticholinergique

Coma avec myoclonies et convulsions précoces

Syndrome confusionnel avec agitation, dysarthrie, tremblements, hallucinations

Syndrome pyramidal

Syndrome neurovégétatif atropinique :

sécheresse muqueuses, Tachycardie sinusale,

mydriase bilatérale, RAU,

diminution péristaltisme digestif, constipation

hypotension

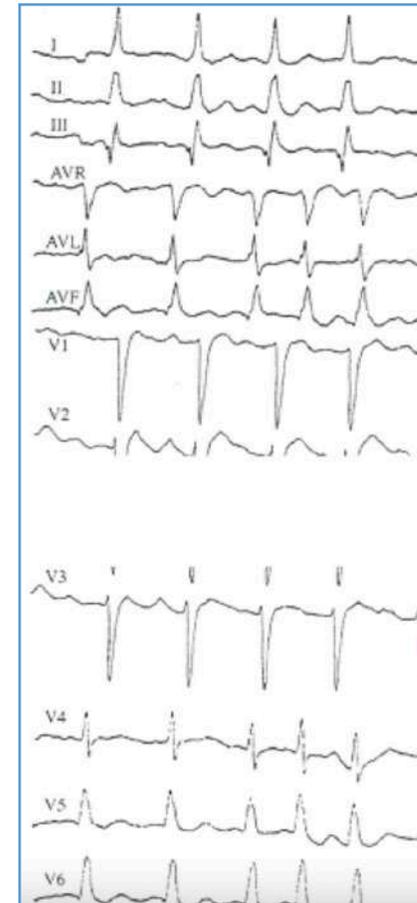
hyperthermie

Hypothèse d'une IMV par antidépresseur tricyclique très crédible

CAT:

Bilan bio : ionogramme sanguin, créatinine, BHC,
NFS,
criblage de toxiques

ECG :



Hypothèse d'une IMV par antidépresseur tricyclique très crédible

CAT:

Bilan bio : ionogramme sanguin, créatinine, BHC,
NFS,
criblage de toxiques

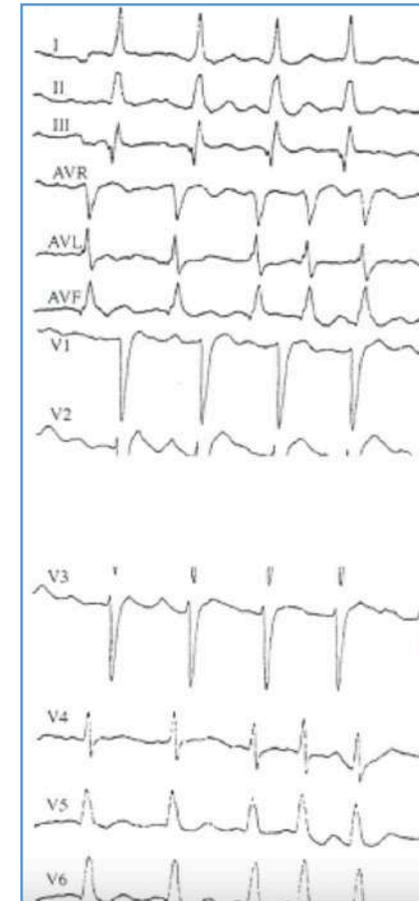
ECG systématique :

Ondes T plates

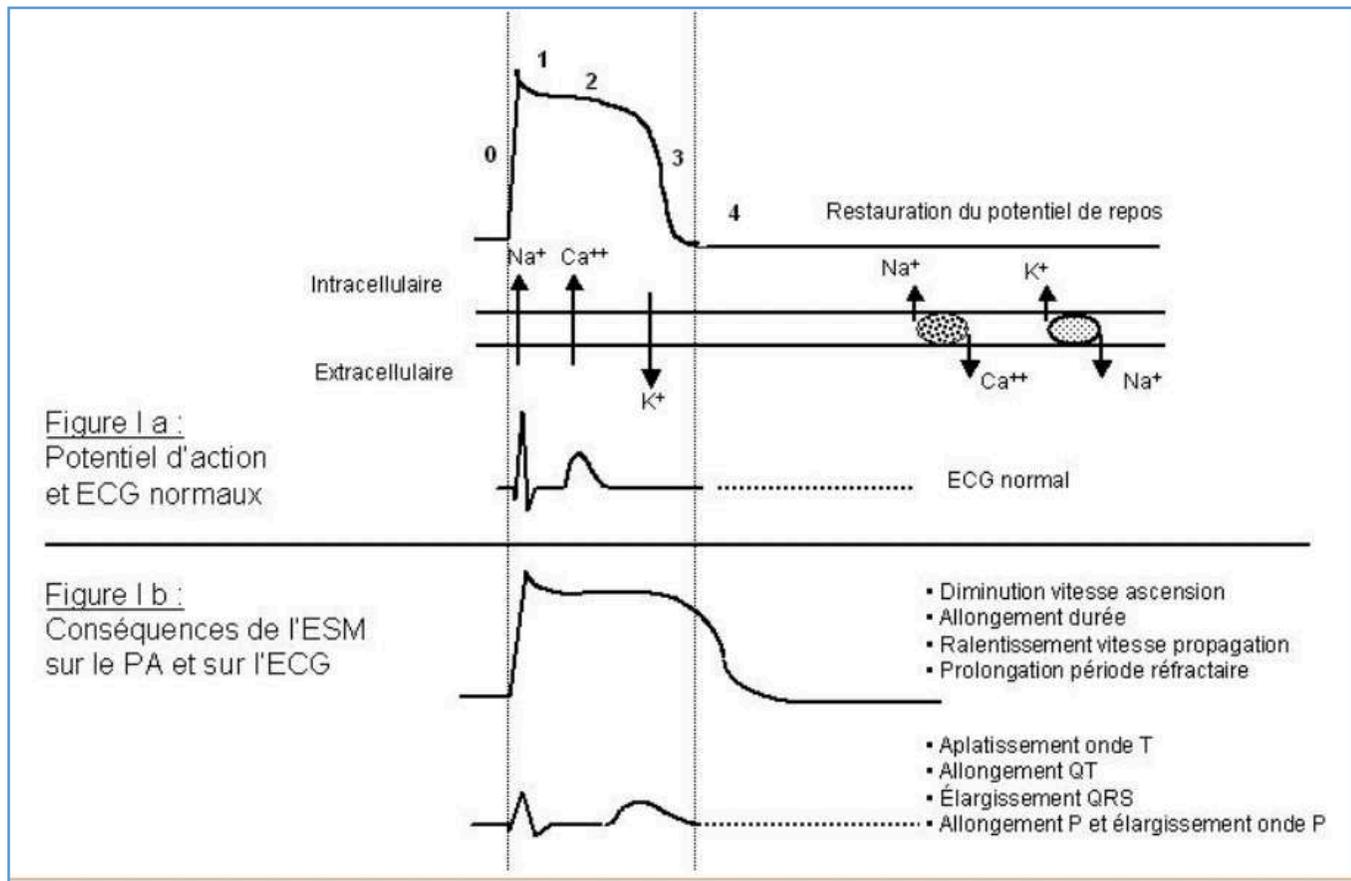
Allongement QT

Elargissement QRS

Effet stabilisant de membrane



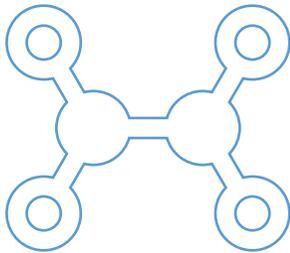
Effet stabilisant de membrane



Effet stabilisant de membrane

Toxiques en causes :

- les antiarythmiques de classe 1 (lidocaïne, flécaïnide, quinidine...);
- bêtabloquants ;
- antidépresseurs tricycliques; IRS
- quinine, chloroquine ;
- cocaïne ;



Syndrome anticholinergique

- Encéphalopathie anticholinergique

Coma avec myologies et convulsions précoces
Agitation, confusion, dysarthrie, tremblements,
hallucinations
Syndrome pyramidal

Syndrome neurovégétatif atropinique :
sécheresse muqueuses, Tachycardie sinusale,
mydriase bilatérale, RAU,
diminution péristaltisme digestif, constipation

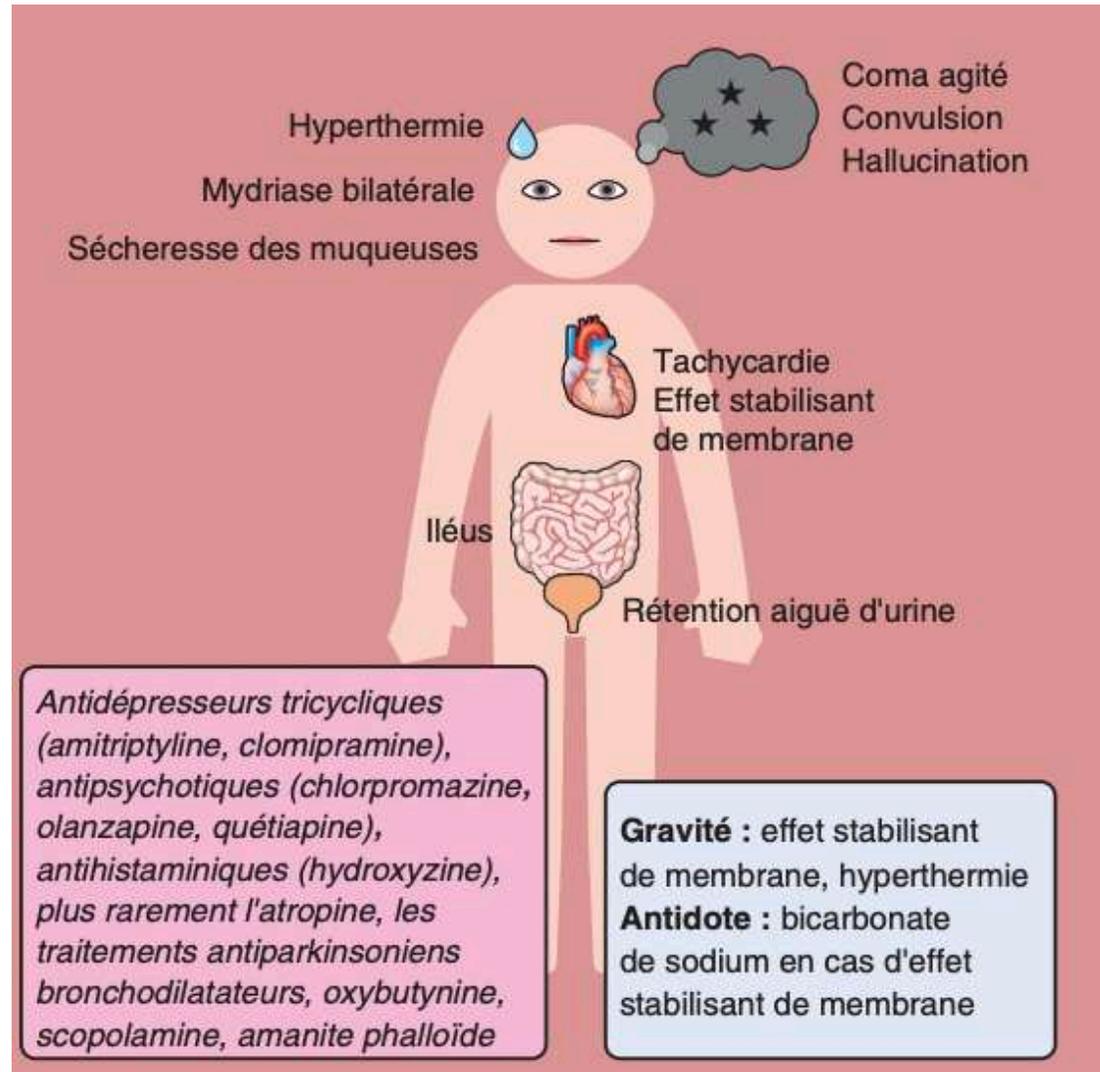
- effet stabilisant de membrane

= blocage des canaux sodiques

- Ondes T plates
- Allongement QT
- Elargissement QRS
 - (bloc de conduction intraventriculaire)
 - FV, TV, TP, ESV → asystolie

✱ gravité de l'intoxication

Toxidrome anticholinergique



Traitement

Traitement spécifique

❖ Décontamination digestive :

si < 1-2h, pas de CI (trouble de conscience, déglutition..)

- Charbon actif : carbo-absorbable
- Lavage gastrique

❖ BZD (diazepam / clonazepam) si convulsion + < IOT

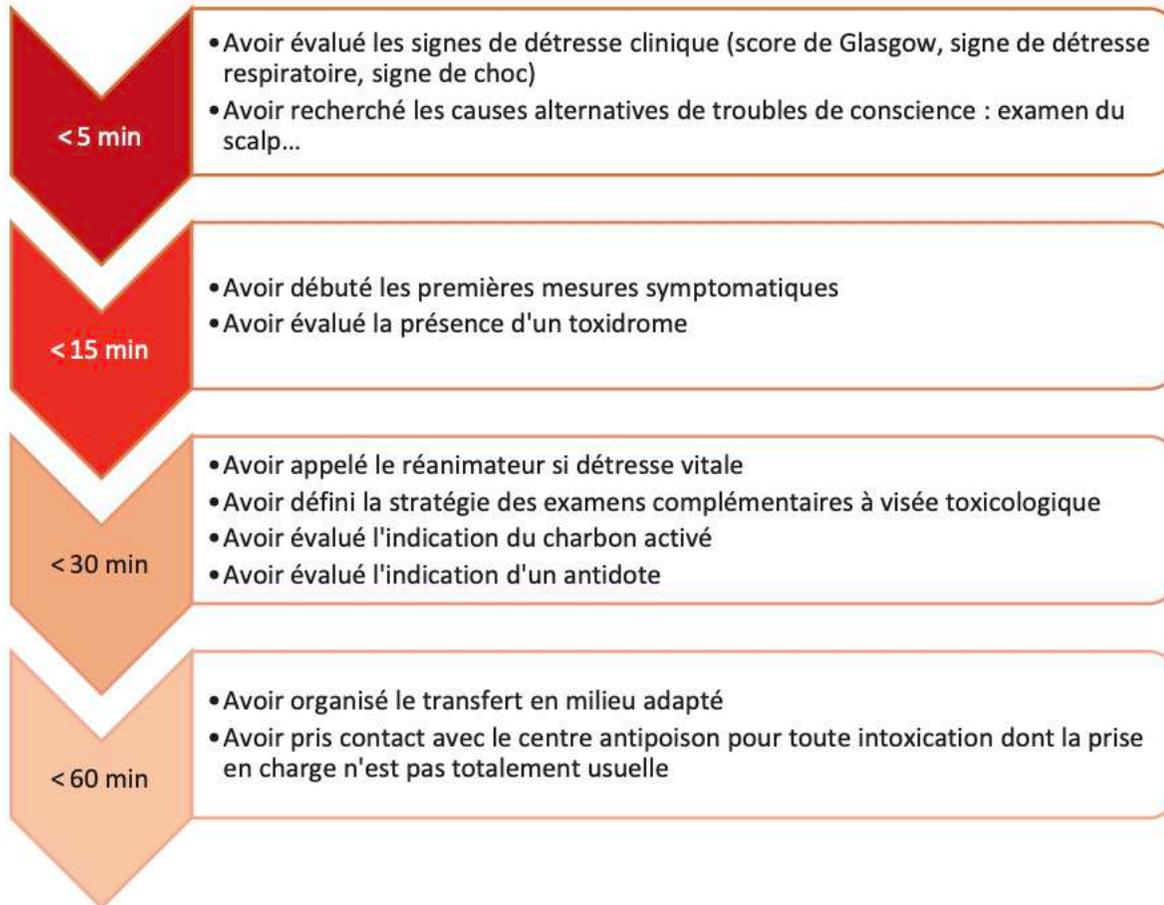
❖ Bicarbonate de sodium molaire (84 ‰) si régresser les troubles de conduction intraventriculaire :
250 ml + 2 g de KCl en cas de QRS > 0,120 s et hypoTA

❖ Oxygénothérapie

⚠ CI FLUMAZENIL (antidote BZD) car anticholinergique proconvulsivant, abaisse le seul épiléptogène

- ❖ Antidotes spécifiques :
- intoxications aux morphiniques :
- intoxication aux benzodiazépines :
- intoxication au paracétamol :
- intoxication à un médicament ayant un effet stabilisant de membrane :
- intoxication à un bêtabloquant :
- intoxication à la digoxine :

Traitement toxicologique



- mortalité faible 0,3% une fois hospitalisés

Traitement toxicologique

- intoxications aux morphiniques : **naloxone** ;
- intoxication aux benzodiazépines : **flumazénil** ;
- intoxication au paracétamol : **N-acétylcystéine** ;
- intoxication à un médicament ayant un effet stabilisant de membrane : **bicarbonate de sodium molaire (8,4 %)** ;
- intoxication à un bêtabloquant : **catécholamine et glucagon, bicarbonate de sodium 8,4 %** si effet stabilisant de membrane associé ;
- intoxication à la digoxine : **atropine, anticorps anti-digoxine**

- ❖ Myosis
- ❖ Bradypnée
- ❖ Coma calme
+/- RAU

Toxidrome ?

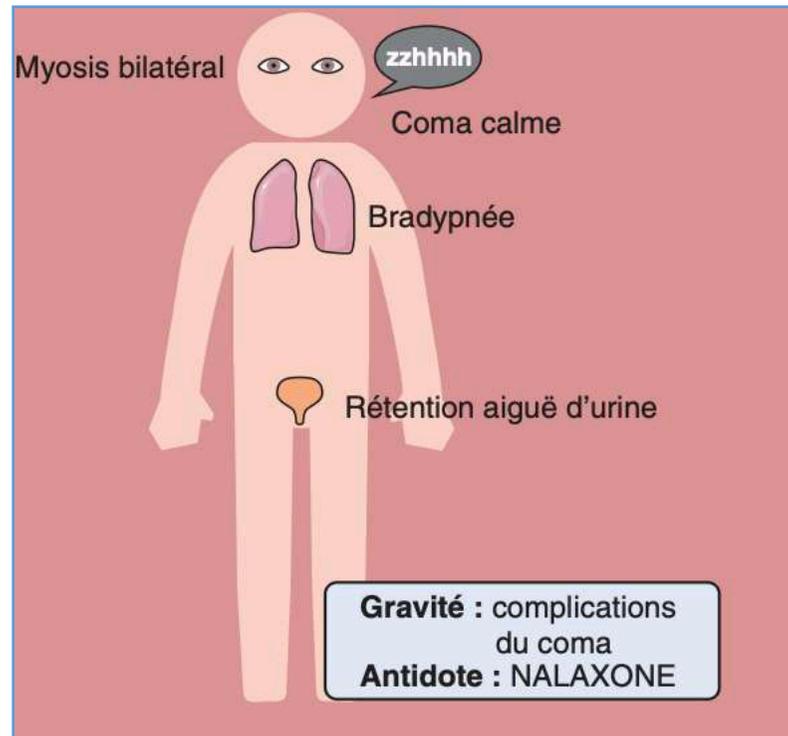
Antidote ?

- ❖ Myosis
 - ❖ Bradypnée
 - ❖ Coma calme
- +/- RAU

Toxidrome ? **Syndrome morphinique ou opioïde**

Antidote ? **Naloxone** : antagoniste compétiteur réversible des opioïdes au niveau des rcpt.
bolus IV 0,04 mg puis 0,04 à 0,08 mg toutes les 2 minutes jusqu'à 2 mg maximum
entretien PSE 0,2 mg/h
=> FR >= 10- 15 cycles/min jusqu'à réveil

Syndrome morphinique ou opioïde



- ❖ Pupilles sans particularité
- ❖ ROT abolis
- ❖ Coma calme

Toxidrome ?

Antidote ?

- ❖ Pupilles sans particularité
- ❖ ROT abolis
- ❖ Coma calme

Toxidrome ? **Syndrome myorelaxation**

Antidote ? **Flumazenil** : antidote spécifique de BZD

Bolus IV de 0,2 mg puis 0,1 mg toutes les 2 minutes, jusqu'à 2 mg max

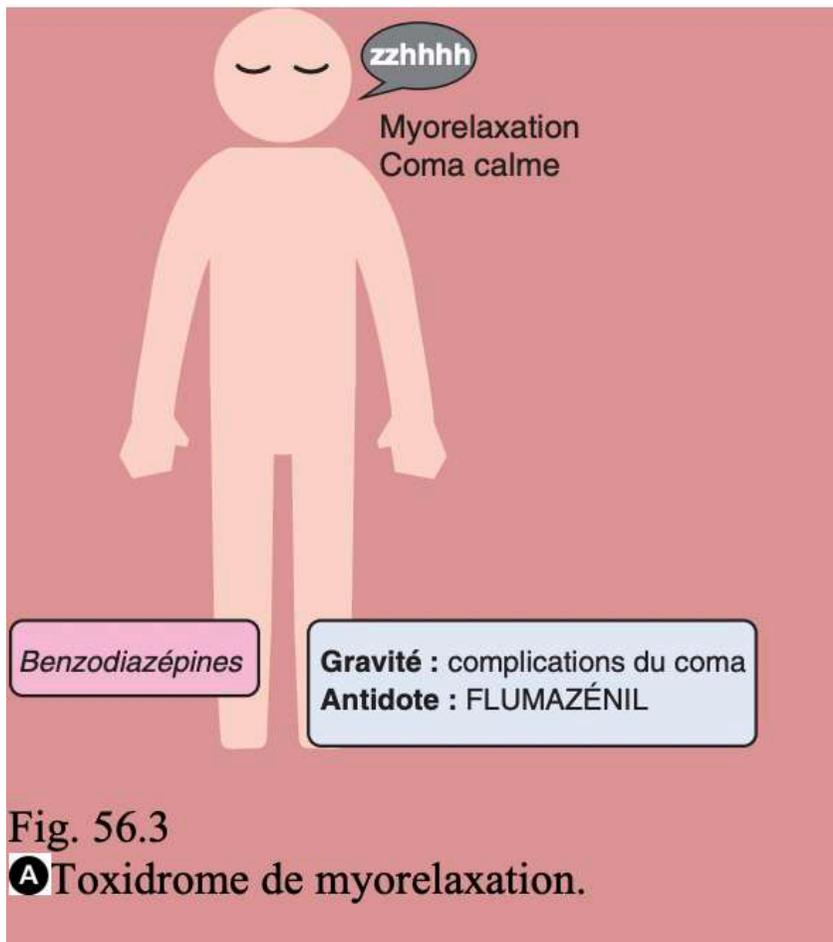
Bolus IV 0,3 mg à répéter toutes les minutes

=> réveil suffisant : la protection des VAS et non le réveil complet

Complications : agitation, violence physique ou la fugue.

Contre-indications : ATCD épilepsie et co-intoxication avec un toxique proconvulsivant (antidépresseurs tricalcique, neuroleptique).

Syndrome myorelaxation



Après quelques heures, la patiente redevient consciente, communicante, orientée
—> évaluation par l'équipe de psychiatrie de liaison.

Prise en charge globale

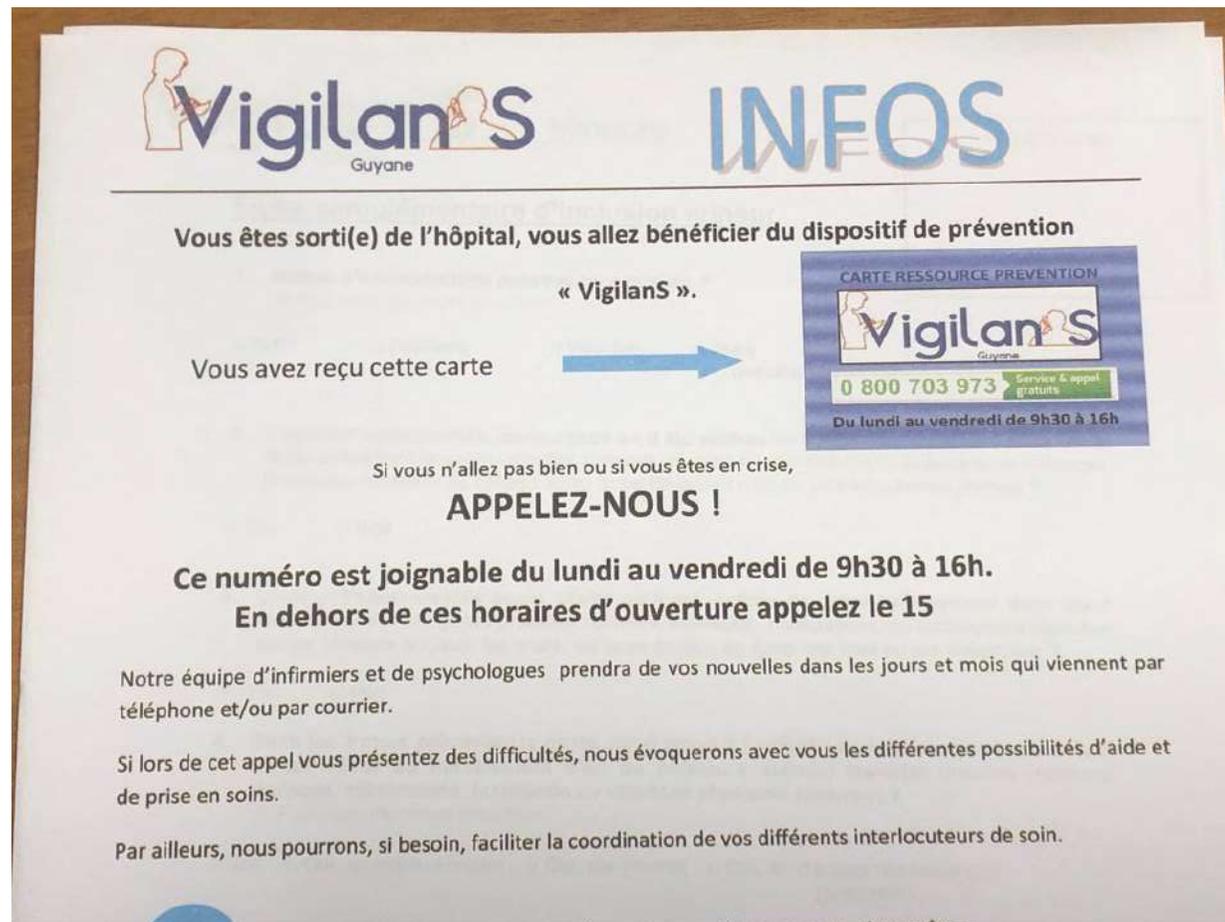
- Prévention de la récurrence ou politique de « **postvention** »
- Evaluation psychiatrique = médico-légal :
 - l'intentionnalité suicidaire,
 - le risque de récurrence immédiat,
 - la disponibilité de l'entourage
 - l'adhésion aux soins
- orientation de la prise en charge en ambulatoire avec une consultation en centre médicopsychiatrique de suivi dans les 48 heures après la sortie, ou une hospitalisation complète avec ou sans accord du patient
- attention médicosociale prolongée

Prise en charge globale

- **Réseau Vigilans +++** : réseau de prévention des récurrences
- suivi et contact des patients à posteriori
- preuve d'efficacité avec diminution de 40 % du risque de récurrence dans les 12 mois post TS

- **Numéro national de prévention du suicide 3114**

Tentative de suicide



VigilanS
Guyane

INFOS

Vous êtes sorti(e) de l'hôpital, vous allez bénéficier du dispositif de prévention
« Vigilans ».

Vous avez reçu cette carte →



Si vous n'allez pas bien ou si vous êtes en crise,
APPELEZ-NOUS !

**Ce numéro est joignable du lundi au vendredi de 9h30 à 16h.
En dehors de ces horaires d'ouverture appelez le 15**

Notre équipe d'infirmiers et de psychologues prendra de vos nouvelles dans les jours et mois qui viennent par téléphone et/ou par courrier.

Si lors de cet appel vous présentez des difficultés, nous évoquerons avec vous les différentes possibilités d'aide et de prise en soins.

Par ailleurs, nous pourrions, si besoin, faciliter la coordination de vos différents interlocuteurs de soin.

Tentative de suicide

GRILLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE
(Médecine, Chirurgie, Obstétrique, à remplir dans les 48h qui suivent l'admission du patient)

ETAPE N°1

	OUI	NON
Sexe Masculin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez plus de 65 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous régulièrement de toxique(s) (alcool, cannabis...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi récemment une perte ou un traumatisme (deuil, emploi, préparation d'examen, accident...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en situation d'isolement social ou affectif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi un ou des traumatismes dans l'enfance (inceste, maltraitance, carences affectives, viol...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de trouble psychique (psychose, dépression...):	Actuellement	<input type="checkbox"/>
	Dans le passé	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un ou des épisodes suicidaires antérieurs :	Idée	<input type="checkbox"/>
	Passage à l'acte	<input type="checkbox"/>

Si une réponse OUI cochée passer à l'étape n°2

ETAPE N°2

	OUI	NON
1) Vous arrive-t-il de penser à la mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Vous arrive-t-il de penser que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Vous arrive-t-il de penser à vous donner la mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Est-ce le cas en ce moment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous pensé à un moyen de vous donner la mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponse OUI à l'étape n°2	Risque	Conduite à tenir
Au 2 premières questions	Faible	Surveillance du patient
Au 3 premières questions	Moyen	a) Sécuriser l'environnement (Cf question 5) b) Transmettre l'information au soin de l'équipe et prévoir une réévaluation si l'équipe de liaison n'est pas passé dans les 24h
Au 4 premières questions	Élevé	Conduite à tenir a et b, case ci-dessus et en plus : éviter de laisser le patient seul.
Au 5 premières questions	Très élevé	

*Transmettre l'information au médecin référent pour qu'une demande de consultation de liaison de psychiatrie soit réalisée (Cf. procédure n° MPOL/144 sur le logiciel YES (Intranet du CHAR) : « Fonctionnement de la psychiatrie de liaison au centre hospitalier de Cayenne »
Préciser sur la demande de liaison si le risque est moyen, élevé ou très élevé.*

Epidémiologie intoxication volontaire médicamenteuse

- 1ere cause d'intoxication admis aux urgences et en réa (90%) sinon surdosage IR, erreur, accidentelle, environnementale, chronique, terroriste
- 1ere cause : hypnotiques BZD
- 2e antidépresseurs tricycliques
- mortalité faible 0,3% une fois hospitalisés

Crise suicidaire

- Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.
- Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement.
- Cet état est **réversible et temporaire**

Attitude à adopter

- Les crises suicidaires conduisant dans les services d'accueil des urgences (SAU) = instants fertiles à exploiter : conditionner les conditions d'un nouveau passage à l'acte
- Idées fausses :
 - « Parler avec une personne de ses intentions suicidaires, c'est faciliter son passage à l'acte »
 - « S'il parle de son suicide, c'est qu'il ne le fera pas » / « Depuis le temps qu'il le dit, il ne le fera pas » / « Il le dit, il ne le fera pas »
 - Dans 80 % des cas une personne se confie à ses proches sur ses intentions suicidaires dans les jours qui précèdent le passage à l'acte
 - « On ne peut rien faire face à quelqu'un qui veut se suicider, c'est son choix »
- Empathie, écoute, réassurance, sécurisation

Tentative de suicide

- antécédent TS = facteur pronostique fort de suicide, multipliant ce risque par 60 dans les cinq ans.
- > 1 million de décès chaque année
- le suicide = 14e cause de mortalité dans le monde, en augmentation =
- problème majeur de santé publique

Référentiel MIR : <http://www.ce-mir.fr/UserFiles/File/national/livre-referentiel/43-ch37-399-404-97822947551631-copie.pdf>

<http://www.ce-mir.fr/UserFiles/File/national/livre-referentiel/livre-referentiel-cemir-2021/65-ch56-725-748-9782294769580.pdf>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-agees-souffrance_physique_chapitre_4.pdf

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

VIDAL[®]

Effectiveness of a French Program to Prevent Suicide Reattempt (VigilanS), L. Planck, 2020

Référentiel SFMU https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2008/donnees/pdf/043_delahaye.pdf

Protocoles CHU Toulouse

Merci de votre attention

