



TOXICOLOGIE D'URGENCE

FAUT-IL AVOIR TOUS LES ANTIDOTES À PORTÉE DE LA MAIN?

Le traitement des intoxications aiguës occupe une place importante dans la pratique quotidienne de l'urgentologue. Toutefois, moins de 5% des intoxications requièrent l'utilisation d'un antidote spécifique. Alors que nous sommes à l'heure de la rationalisation et de l'efficacité, il y a donc lieu de se demander s'il faut avoir une réserve de tous les antidotes à l'urgence.

ANTIDOTES NÉCESSAIRES "EN STAT"

On répète souvent qu'il faut assurer l'ABC chez tous les patients instables, avant de penser à un traitement spécifique. Toutefois, dans certains cas, l'utilisation d'un antidote pourra faire la différence entre la survie et le décès ou entre une guérison rapide et une évolution avec séquelles.

Atropine

Un individu intoxiqué par un pesticide de type organophosphoré ou carbamate pourra s'asphyxier avec ses sécrétions bronchiques si on ne bloque pas son système parasympathique. Ce type d'intoxication peut impliquer plusieurs personnes; qu'on pense au Sarin® dans le métro de Tokyo. Il faut donc avoir l'atropine rapidement et en quantité suffisante.

Antidotes contre le cyanure

En plus de l'oxygène, qui est l'antidote non spécifique le plus utilisé dans le traitement d'une intoxication par le cyanure, la trousse "Cyanide Antidote Package®" de Taylor devra être utilisée précocement, dans les intoxications sévères. La trousse Lilly n'étant plus disponible au Canada, il est suggéré de passer par le Centre de Toxicologie du Québec (418-654-2254) pour se procurer la trousse "Cyanide Antidote Package" qui la remplace.

La trousse "Cyanokit®", fabriquée en France, pourra aussi être obtenue par l'intermédiaire du CTQ. Cette trousse, qui contient de l'hydroxocobalamine, devrait supplanter éventuellement les autres antidotes du cyanure.

Naloxone (Narcan®)

Cet antidote a toujours sa place dans le diagnostic et le traitement de l'intoxication par les opiacés. Il est souvent administré en même temps que le glucose et la thiamine, lors de l'approche initiale du patient ayant une altération de l'état de conscience (surtout si une bradypnée est aussi présente).

Pyridoxine (vitamine B6)

Lors de l'intoxication à l'isoniazide (INH), la pyridoxine peut être l'antidote le plus spécifique et le plus efficace pour maîtriser les convulsions. Elle doit donc être rapidement disponible en quantité suffisante (au moins 5 g).

ANTIDOTES QUI DOIVENT ÊTRE DISPONIBLES RAPIDEMENT (30 MIN.)

Anticorps contre la digoxine (Digibind®)

Dans certains cas d'intoxications aiguës, leur effet peut être spectaculaire. Plusieurs vies ont été sauvées par ce médicament.

Bleu de méthylène

Il ne remplace pas l'oxygène, mais il est l'outil le plus efficace pour corriger la méthémoglobinémie, chez les patients non déficients en G-6PD. Il devrait aussi être disponible en cas de méthémoglobinémie consécutive à l'administration du "Cyanide Antidote Package®".

Calcium (gluconate) (injectable ou gel pour usage topique)

Peut être utile lors d'intoxications par les bloqueurs des canaux calciques, et pour traiter les brûlures par l'acide fluorhydrique.

Déféroxamine (Desferal®)

Administré le plus souvent en perfusion i.v. lors d'intoxication par le fer. La réanimation de base doit être faite en premier lieu.

Éthanol

Cet antidote est utilisé pour bloquer le métabolisme du méthanol et de l'éthylène glycol, prévenant ainsi la formation de leurs métabolites toxiques.

Dans un avenir peut-être assez proche, l'éthanol sera possiblement remplacé par le 4-méthyl-pyrazole (4-MP), qui ne déprime pas le SNC et qui n'irrite pas les veines (disponible en Europe).

Flumazénil (Anexate®)

Cet antidote des benzodiazépines, s'il est utilisé adéquatement, peut parfois permettre d'éviter des manoeuvres invasives ou coûteuses (intubation, TDM, etc.).

Glucagon

Utilisé dans le traitement des intoxications par les bloqueurs calciques et les bêta-bloqueurs, il peut être efficace à dose élevée. Il importe donc d'en avoir une provision suffisante, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas.

N-acétylcystéine (NAC)

Il est important d'administrer la NAC le plus tôt possible après l'ingestion d'une dose hépatotoxique d'acétaminophène. Le risque d'hépatotoxicité augmente de beaucoup si le délai dépasse 8-10 heures après l'ingestion.

Physostigmine (Antilirium®)

Cet antidote, qui a été quasi banni à cause de mésaventures lors d'intoxications par les antidépresseurs tricycliques, ne devrait probablement pas être abandonné complètement. Il pourrait être utile dans certains cas d'intoxications rebelles par substances anticholinergiques autres que les tricycliques.

Pralidoxime (Protopam®)

Lors d'une intoxication par un organophosphoré, il est recommandé d'administrer la pralidoxime pour contrer les effets nicotiniques (faiblesse musculaire surtout) et pour régénérer les cholinestérases.

Vitamine K1(Aquaméphyton®)

Lorsqu'il est urgent de renverser l'effet d'une antivitamine K (warfarine, superwarfarine, etc.), on administre la vitamine K1 par voie i.v. Si le patient saigne, on le traitera en plus avec du plasma frais.

ANTIDOTES DONT L'ADMINISTRATION PEUT ÊTRE DIFFÉRÉE DE QUELQUES HEURES

Chélateurs : BAL, EDTA, succimer, etc.

En général, l'intoxication aux métaux lourds doit être démontrée avant l'administration d'un chélateur. Ceci laisse le

temps de confirmer l'intoxication et même de transférer le patient dans un centre spécialisé, au besoin.

CONCLUSION

Toute classification a ses défauts. Celle-ci ne fait pas exception. Il existe en effet une zone grise importante pour la classe des "antidotes disponibles rapidement". Que faire s'il faut attendre 30 minutes avant d'avoir un antidote alors que le patient arrive en intoxication sévère et un tableau classique ?

Dans certains milieux, la réserve de certains antidotes se situe à l'urgence, pour diminuer les délais (ex. pyridoxine, glucagon). En outre, il importe d'avoir un système de communication efficient, pour éliminer tout délai évitable.

René Blais, M.D. FRCP(C) ABMT
Directeur médical
Centre Anti-Poison du Québec

Cet article est tiré du Bulletin d'information toxicologique de janvier 1997.
Son contenu est identique à l'original publié en 1997 et n'a aucunement été modifié depuis sa parution.

Page créée le 13 mars 2003
Modifiée le 13 mars 2003