


Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



## ÉDITORIAL

# Réanimateurs et toxicologues des centres antipoison doivent travailler ensemble !

*Intensive care specialists and Control Poison Centres specialists have to work together!*

### MOTS CLÉS

Réanimation ;  
 Intoxication ;  
 Centre antipoison

### KEYWORDS

Intensive care;  
 Poisoning;  
 Poison Control Centre

**Résumé** Le rôle actuel des centres antipoison est précisé : réponse téléphonique à l'urgence, veille sanitaire, toxicovigilance. La nature des relations qui devraient être établies entre réanimateurs et centres antipoison sont soulignées.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** The role of Poison Control Centres is described: acute poisoning and toxicovigilance. The relationships that should take place between intensive care specialists and Poison Centres clinical toxicologists are underlined.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Quelles sont les relations entre un service de réanimation et un centre antipoison? Beaucoup peuvent penser qu'il y en a bien peu. Beaucoup peuvent penser que les contacts sont peu fréquents et peut-être même inutiles. Un service de réanimation accueille toutes les pathologies graves, traumatiques et médicales. Son environnement est complexe, avec de plus en plus de techniques et d'appareils sophistiqués. L'étendue des pathologies prises en charge est grande et les intoxications aiguës graves en représentent une part non négligeable. En revanche, un centre antipoison a un environnement assez simple : beaucoup de documentation, de nombreuses bases de données... et des téléphones.

Pourtant, bien que la toxicologie aiguë soit la partie la plus visible d'un centre antipoison, pour le public et pour la plupart des professionnels de santé, elle n'est que l'un des domaines d'activité des centres antipoison parmi d'autres. Le décret de 1996 relatif à leurs missions et moyens mentionnent en effet qu'au-delà de la réponse téléphonique à l'urgence, les centres antipoison participent à la toxicovigilance : ils suivent l'évolution des intoxications pour

lesquelles ils ont été consultés, collectent les informations sur les autres cas d'intoxication de leur zone d'intervention ; ils remplissent des missions d'expertise auprès des autorités administratives, participent à l'enseignement et à la recherche en toxicologie clinique, à la prévention des intoxications et à l'éducation sanitaire de la population.

Quelques dizaines d'années en arrière, réanimation et centre antipoison étaient assez proches, comme par exemple à Paris, Marseille ou Grenoble. Puis quelques centres antipoison ont disparu et plus aucune association réanimation – centre antipoison n'existe en France. Nécessités de restructuration et d'économie sont passées par-là. Réanimation et centre antipoison vivent-ils depuis en parallèle? Quelles sont les raisons pour un service de réanimation de contacter un centre antipoison? Un centre antipoison a-t-il besoin de contacts avec des services de réanimation? Comment la prise en charge des intoxications aiguës a-t-elle évolué?

Il faut observer que depuis une quinzaine d'années, le paysage de la toxicologie aiguë a beaucoup changé. Du

fait de l'arrivée de nouvelles molécules psychotropes, le nombre d'intoxications graves par phénobarbital ou antidépresseurs imipraminiques par exemple a beaucoup diminué. Des molécules non médicamenteuses ont été supprimées du marché, comme par exemple récemment le paraquat. Parallèlement, un véritable transfert de connaissance s'est opéré, des toxicologues médicaux des centres antipoison et des services spécialisés existant alors vers les médecins réanimateurs et urgentistes. Le rôle des différentes sociétés savantes a été déterminant : Société de toxicologie clinique (STC), Société française de médecine d'urgence (SFMU) et Société de réanimation de langue française (SRLF). Les colloques et sessions consacrés à la prise en charge des intoxications aiguës se sont multipliés. L'une des toutes premières conférences de consensus de la SRLF, en 1989, était consacrée à l'intoxication par la chloroquine, suivie quelques années plus tard par une conférence de consensus sur l'épuration digestive en 1992. Les recommandations formalisées d'expert les plus récentes sont celles de la SRLF en 2006 [1]. Depuis une quinzaine d'années, pas un congrès de la SRLF et de la SFMU n'est organisé sans une ou plusieurs sessions consacrées à la toxicologie aiguë ; SFMU et centres antipoison se sont rencontrés aux ateliers « Urgences toxicologiques » en 2008 à Toulouse [2]. Dans le même temps, de nombreux diplômés universitaires de Toxicologie ont vu le jour. La toxicologie aiguë fait partie de l'enseignement de la Capacité de médecine d'urgence et du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine d'urgence. Toutes les revues de réanimation et d'urgence se sont ouvertes à la toxicologie. En 2010, tout médecin urgentiste, tout médecin réanimateur connaît la prise en charge des intoxications aiguës les plus fréquentes ou les plus graves. Ce n'était pas le cas il y a 15 ou 20 ans. Dans certains domaines, le transfert de connaissances s'est même « inversé », des services de réanimation vers les toxicologues des centres antipoison ; on peut citer les progrès des techniques de suppléance hépatique dans les intoxications par le paracétamol ou l'amanite phalloïde, les indications de l'*extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO) dans certaines intoxications par cardiotoxiques, des indications précisées pour certains antidotes coûteux comme les anticorps antidigitaliques.

Quand un réanimateur peut-il avoir besoin d'un centre antipoison ? Rarement au quotidien comme c'était le cas il y a une vingtaine d'années ou plus. Il est clair que la réponse de routine d'un centre antipoison, parfois considérée comme « livresque », n'intéresse plus beaucoup le réanimateur. Seul un contact direct avec le toxicologue spécialiste du centre antipoison va pouvoir constituer une aide dans certains cas : présentation clinicobiologique inhabituelle d'une intoxication par un toxique connu, recherche de l'étiologie toxique d'un syndrome de cause inconnue, recherche de la composition d'un produit suspect d'intoxication ou peut-être pour obtenir rapidement des informations dans un contexte d'urgence. Certains centres antipoison ont par ailleurs développé un domaine d'expertise plus spécifique (toxines naturelles, banque de sérums antivenimeux, champignons, plantes).

Que devient alors le rôle des centres antipoison ? Les centres antipoison ont aussi évolué, et la réponse téléphonique s'est structurée ; certains centres ont été amenés

à mutualiser leurs moyens durant la garde, particulièrement durant la « nuit profonde ». Les centres antipoison travaillent tous depuis 2010 avec un outil informatique commun. Une base nationale des produits et des compositions, gérée par le centre antipoison de Nancy, fournit le référentiel « agent » auquel sont rattachés tous les cas d'exposition ; ce référentiel est le garant d'une composition la plus à jour possible compte tenu de la variabilité des compositions des produits commerciaux. Une base nationale des cas d'intoxications, gérée à Paris, associée à un infocentre, doit ou devrait permettre de produire un bilan annuel d'activité [3] et des « photographies » d'intoxications les plus fréquentes (conduite suicidaire, intoxication accidentelle de l'enfant, de la personne âgée...). Le troisième élément de cet édifice, une base commune de documentation toxicologique, manque encore à ce jour.

Sans attendre la toute récente loi Hôpital patients santé territoire ([HPST], juillet 2009), une coordination de la toxicovigilance s'est mise en place principalement autour des centres antipoison, à partir de 2005, animée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) [4]. Cette coordination doit être bientôt consolidée par la prochaine mise en place d'une commission nationale de toxicovigilance, réactivée par la parution prochaine des décrets d'application de la loi HPST ; cette coordination participe pour le volet toxique aux missions de veille et de surveillance de l'InVS. Qu'attendre en pratique de la toxicovigilance ? Les intoxications par buflomédil comme par dextropropoxyphène font l'objet d'une surveillance renforcée, ce qui participe à l'évaluation de la balance bénéfique risque de ces molécules douées d'une toxicité aiguë importante (convulsions, troubles de conduction et du rythme ventriculaire), et aux éventuelles mesures de restriction de prescription susceptibles d'être prises. Autre exemple, le constat de la recrudescence d'intoxications graves par méprobamate constaté non seulement par les réanimateurs mais aussi par les centres antipoison a conduit l'Afssaps à décider de réduire le contenu des boîtes de spécialités contenant du méprobamate (ainsi, une boîte d'Equanil® pouvait contenir jusqu'à 12 g de méprobamate, une quantité dépassant la dose létale ; depuis juillet 2009, une boîte contient selon le dosage unitaire 4 ou 5 g de méprobamate). En dehors des médicaments, une série d'agents a été aussi évaluée (fumarate de diméthyle, clenbutérol, poppers, gamma butyrolactone...); le retrait du paraquat a suivi une décision européenne indépendante de l'action de la toxicovigilance française.

Dans ce contexte d'évaluation, les urgentistes et les réanimateurs ont par le passé été invités à contacter un centre antipoison, pour la remontée de cas lorsque qu'une menace particulière était suspectée, notamment par le biais d'un message d'alerte rapide santé (Mars) ou des sociétés savantes (SFMU dans le cas du Red Bull par exemple). Au-delà de ces demandes spécifiques et de l'obligation nouvelle pour les professionnels de santé de notifier au système de toxicovigilance les cas d'intoxication comme le définit la toute récente loi HPST (ces notifications pouvant participer à la détection automatisée de signaux), c'est bien dans leur capacité à signaler les cas d'intoxication rare, grave, inhabituelle ou les circonstances inhabituelles d'exposition que le réanimateur est attendu. Ces situations où l'observation

pertinente mais isolée du clinicien peut rester lettre morte méritent le signalement : seul le regroupement éventuel de plusieurs cas peut prendre une autre dimension pour la collectivité et permettre des actions correctives ; un bon exemple assez récent fut le lien établi entre des cas d'insuffisance rénale aiguë et un détournement d'usage de dérivés du glycol dans un sirop.

### Conflit d'intérêt

Aucun.

### Références

- [1] Mégarbane B, Donetti L, Blanc T, Chéron G, Jacobs F. Groupe d'experts de la SRLF. Intoxications graves par médicaments et substances illicites en réanimation. *Reanimation* 2006;15:332–42.
- [2] Actualités en médecine d'urgence : urgences toxicologiques. Journées scientifiques de la Société française de médecine d'urgence, Toulouse, SFEM éditions, 2008, 251 pages.
- [3] Villa A, Cochet A, Guyodo G. Les intoxications signalées aux centres antipoison français en 2006. *Rev Prat* 2008;58:825–31.
- [4] Berthod-Wurmser M, Chieze F, Delomenie P, Mattera M-H. Evaluation du dispositif de toxicovigilance. Rapport IGAS RM2007-077P, la documentation française, octobre 2007, 276 pages. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000735/0000.pdf>.

V. Danel\*

*SAMU 38, centre 15 de l'Isère, CHU, BP 217,  
38043 Grenoble cedex 9, France*

P. Saviuc

*Toxicovigilance, CHU, BP 217,  
38043 Grenoble cedex 9, France*

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [vdanel@chu-grenoble.fr](mailto:vdanel@chu-grenoble.fr)

(V. Danel)

Disponible sur Internet le 31 mai 2010