

Toxicologie–épidémiologie

Toxicology–epidemiology

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

EP119

Faible corrélation entre concentration sanguine de cyanure et d'oxyde de carbone chez les victimes d'incendie en région parisienne

F. Baud¹, U. Gottwald-Hostalek², E. Varlan³, C. Fetro⁴

¹Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris, France

²Head of Global Medical Affairs CMC & GM, Merck KgaA, Darmstadt, Allemagne

³Direction qualité et affaires pharmaceutiques, division Merck Serono, Lyon, France

⁴Division Merck Serono, Merck Serono, Lyon, France

Introduction : Les feux d'habitation représentent la principale cause d'incendie en milieu urbain. La dégradation thermique des matériaux naturels et synthétiques produit de nombreuses substances. Si le rôle toxique du monoxyde de carbone et du chlore est bien reconnu, il existe toujours des débats concernant le rôle du cyanure.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective qui avait été approuvée par le Comité d'Éthique de l'Assistance Publique–Hôpitaux de Paris. Les résultats analysés font partie d'une sous-étude de ce registre. Les individus étaient inclus sur les lieux de l'incendie sur Paris et région parisienne. Les prélèvements sanguins étaient réalisés soit sur les lieux de l'incendie, soit à l'admission à l'hôpital, Fernand Widal puis Lariboisière, selon la gravité et la nécessité d'une intervention médicale sur les lieux de l'incendie. Les concentrations sanguines d'oxyde de carbone (CO) et de cyanure (CN) ont été mesurées respectivement par spectrométrie infra-rouge et par micro-diffusion, la carboxyhémoglobine a été calculée selon l'approximation de Pace. Les corrélations ont été faites selon le test de Spearman, les résultats s'expriment en médiane.

Résultats : De 1987 à 2004, 915 individus exposés à des fumées d'inhalation ont été inclus. Un CO sanguin a été mesuré chez 848 et un CN sanguin chez 716 individus. Un dosage simultané du CO et du CN a été mesuré chez 682 intoxiqués. Les feux résultaient à plus de 89 % de feux d'habitation y compris les feux d'hôtels, de maisons de retraite, d'hôpitaux et de prisons. Pour les 682 individus, il existait une corrélation significative mais avec un coefficient de Spearman de 0,625 (intervalle de confiance à 95 % 0,576–0,670 ; $p < 0,0001$) versus $r = 0,280$ (intervalle de confiance à 0,061–0,474) dans le groupe décédés. Les dosages simultanés du CO et du CN dans le sang de victimes d'incendie ont été réalisés dans un petit nombre d'études. Il s'agit essentiellement d'études médico-légales limitées à des sujets décédés et notamment dans les situations induisant de nombreux morts sur un site (exemple : hôtel, night club, prison, accident d'avion). Des études portant sur des populations victimes d'incendie d'habitation ont utilisé fréquemment des classes de toxicité plutôt que des coefficients de corrélation. Concernant les coefficients de corrélation rapportés dans la littérature, dans certains cas il était dit qu'il n'existait pas de corrélation, dans d'autres, elles étaient

rapportées comme existantes mais la valeur du coefficient de corrélation n'était pas rapportée. Enfin dans un petit nombre d'études, ce coefficient de corrélation était rapporté et trouvé d'une valeur de r au maximum de 0,33 à 0,5.

Conclusion : Nos résultats sont en concordance avec ces études en étendant les résultats aux victimes d'incendie non seulement décédées mais aussi vivantes. La faiblesse de cette corrélation peut rendre compte de l'impossibilité à prédire les concentrations sanguines de CN à partir des valeurs soit de concentrations sanguines de CO soit de carboxyhémoglobine. Les intoxications par le CO et le CN surviennent à des fréquences similaires mais pas chez les mêmes victimes d'incendie. La recherche de signes cliniques ou biologiques spécifiques ou évocateurs de l'intoxication cyanhydrique apparaît le seul moyen permettant un traitement précoce et adapté de ces deux types d'intoxications mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

EP120

Intoxications aiguës médicamenteuses (IAM) aux urgences de Sfax-Tunisie : étude à propos de 575 cas

L. Kammoun¹, A. Nasri¹, A. Jmal¹, O. Chakroun¹, I. Rjeb¹, I. Eleuch¹, M. Boujelben¹, H. Ksibi¹, M. Bouaziz², A. Chaari¹, N. Rekik¹

¹Samu et urgences, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

²Réanimation, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction : L'IAM est un motif fréquent aux urgences. Le but de ce travail est d'étudier les profils épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette intoxication.

Patients et méthodes : étude rétrospective portant sur 575 patients victimes d'une IAM, admis dans l'unité d'hospitalisation des urgences de Sfax, colligés sur une période de 2 ans.

Résultats : L'âge moyen a été de 20 ± 4 ans avec une prédominance féminine (68,2 %). L'IMA a été volontaire dans 71,7 % et accidentelle dans 28,3 %. L'intoxication volontaire a été en rapport avec un conflit familial dans 55,7 %. Nous avons noté la fréquence des sujets en chômage (30,5 %), et celle des étudiants (26,5 %). Les classes pharmacologiques les plus utilisées ont été les benzodiazépines (BZD) 22,6 % et les antalgiques (paracétamol, salicylés, non opiacés) (16,4 %). L'intoxication poly-médicamenteuse a été observée dans 25,4 %. L'association n'a pas dépassé 2 médicaments dans 15,7 %. L'association la plus fréquente a été BZD + ATD (3,1 %). 12 patients soit 2,1 % ont associé un toxique autre que médicament surtout l'alcool (1,1 %). 9,2 % des cas ont eu des antécédents d'IAM ou à un autre toxique. Les ATCD retenus ont été surtout d'ordre neuropsychique. (23,6 %). Sur le plan clinique : 10 intoxiqués (1,7 %) ont été admis dans un état de coma (GCS < 8). Une anomalie pupillaire a été observée dans 5,4 % et des convulsions dans 0,7 %. L'état de choc a été observé dans 0,3 %, la dyspnée dans 1,7 % et la cyanose dans 0,3 %. Les troubles digestifs ont été présents dans 38,3 %. La douleur abdominale a été

la plus fréquente (33 %). Une acidose métabolique a été observée dans 41,3 %. La radiographie du thorax s'est révélée anormale dans 3,1 %. L'ECG a été anormal dans 12,5 %. Un ASP puis une FOGD ont été pratiqués chez 3 patients (0,5 %). Ces examens se sont révélés normaux. Une échographie obstétricale a été réalisée chez 8 femmes enceintes (1,4 %). La TDM cérébrale a été réalisée chez 5 intoxiqués (0,9 %). Les indications ont été un tableau d'un coma traumatique associé pour 3 patients et une complication neurologique secondaire pour 2 patients. Les TDM ont été normaux. La ventilation mécanique a été indiquée dans 2,4 %. 9,2 % ont eu un lavage gastrique. 41,8 % ont été mis sous charbon activé. La durée moyenne de séjour : 22,2 heures. Aucun décès n'a été noté.

Conclusion : L'IAM est fréquente et pouvant être grave. Une prise en charge psychiatrique précoce parallèle à la prise en charge somatique est nécessaire afin d'éviter les récurrences.

EP121

Intoxications aiguës en réanimation à Zaghawan : étude de 125 cas

H. Ben Ghezala, M. Dlala, M. Kaddour, K. Ben Taher, K. Bousselmi
Réanimation polyvalente/Soins continus/Smur, service des urgences et de réanimation polyvalente, hôpital régional de Zaghawan, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar, Zaghawan, Tunisie

Introduction : Le nombre d'intoxications aiguës hospitalisées en réanimation à Zaghawan représente près de 10 % du total des hospitalisés depuis Janvier 2011 et est en augmentation constante. L'absence de données épidémiologiques récentes nous a incités à réaliser ce travail dont l'objectif principal est d'identifier et de décrire le profil épidémiologique actuel des intoxications aiguës volontaires pris en charge au service de réanimation polyvalente.

Patients et méthodes : Étude rétrospective menée au service de réanimation polyvalente à Zaghawan entre le 1^{er} Janvier 2011 et le Juin 2013 ayant inclut tous les patients hospitalisés pour intoxication aiguë volontaire ou accidentelle. Nous avons revu toutes les fiches d'observations de ces patients et rempli des fiches d'enquête spécifiques.

Résultats : 125 patients sur un total de 1 230 patients été pris en charge en réanimation pour intoxication aiguë soit près de 10 %. L'âge moyen des patients était de 30 ans avec des extrêmes de 15 et de 79 ans. On a noté une prédominance féminine avec un sex ratio de 0,34. Une prédominance hivernale a été notée (n = 24 ; 19 %) et le Lundi était le jour de la semaine dont l'incidence des intoxications était la plus importante. Le délai moyen de consultation était de 4 ± 3 heures et la majorité des patients sont arrivées en réanimation par un transport non médicalisé (n = 120 ; 96 %). Les principales intoxications relevées étaient l'intoxication médicamenteuse (n = 37 ; 30 %), l'intoxication au CO (n = 32 ; 26 %) et aux organophosphorés (n = 13 ; 11 %). 18 patients (14 %) avaient consulté pour intoxication aiguë aux plantes. 7 patients (6 %) seulement avaient un GCS inférieur à 8, 12 (11,4 %) avaient une altération de l'état hémodynamique et 7 autres (6 %) présentaient une détresse respiratoire aiguë. L'évolution était favorable dans tous les cas après une durée d'hospitalisation moyenne de 3 ± 2 jours.

Conclusion : En 2013, le nombre d'intoxications aiguës volontaires ne cesse d'augmenter. L'intoxication médicamenteuse domine aujourd'hui les étiologies suivie du CO, des produits organophosphorés et des plantes. La majorité des intoxications prises en charge jusque-là étaient bénignes. Cette étude va contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention afin de diminuer l'incidence et devrait être le point de départ d'un recueil multicentrique.

EP122

Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine sont-ils responsables d'une surmorbidity en cas d'intoxication médicamenteuse volontaire admise aux urgences ?

S. Beaune¹, A.L. Feral², E. Curis¹, E. Casalino³, P. Juvin¹, B. Megarbane⁴

¹Service d'accueil des urgences,

hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

²Service d'accueil des urgences, hôpital Beaujon, Paris, France

³Service d'accueil des urgences, CHU Bichat-Claude-Bernard, Paris, France

⁴Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris, France

Introduction : La prévalence des inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) au sein des intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) est croissante. Leur toxicité est réputée faible mais leur réel impact au cours d'une IMV, notamment polymédicamenteuse, n'est pas clair. Notre objectif était d'évaluer les conséquences cliniques (sémiologiques et de modification du devenir) des IRS dans les IMV admises au service d'urgence (SAU) d'un hôpital.

Patients et méthodes : étude rétrospective monocentrique à partir des dossiers de patients admis pour IMV impliquant au moins un IRS au SAU de l'Hôpital Beaujon, du 1^{er} janvier 2009 au 31 Décembre 2012 ; évaluation de l'incidence des différents symptômes et signes cliniques du syndrome sérotoninergique selon les critères de Sternbach [1] et ceux du diagramme de Hunter [2] ; appariement par âge, sexe, type de médicament et dose supposée ingérés (après calcul des équivalents posologiques par classe pharmacologique, à partir d'abaques publiées), avec des patients admis pour IMV sur la même période et n'ayant pas été exposés à un IRS ; expression des données en médiane [percentiles 25-75] ou % ; comparaison par des tests de Chi-2 et tests non paramétriques de Mann-Whitney (p < 0,05).

Résultats : En 4 ans, 148 IMV impliquant des IRS et 148 IMV témoins appariées sans IRS ont été incluses dans l'étude. Les IRS en cause étaient le citalopram (36 %), la venlafaxine (20 %), la fluoxétine (19 %), la paroxétine (11 %) et la sertraline (7 %). Un syndrome sérotoninergique n'avait été diagnostiqué que chez 1 seul patient de cette série, alors qu'il était présent chez 4 patients ayant ingéré un IRS à la relecture du tableau clinique notifié dans le dossier médical. Vingt patients (14 %) présentaient au moins 1 critère sérotoninergique, mais la recherche par les médecins en charge de ces critères était imparfaite. Ainsi, dans tous les dossiers, il manquait au moins 2 des 11 critères de Sternbach à rechercher et 2 des 9 critères du diagramme de Hunter. Un seul patient intoxiqué à la venlafaxine a présenté des convulsions et un seul patient intoxiqué par citalopram un allongement du QT, sans répercussions cliniques. Aucun état de choc ou effet stabilisant de membrane électrique n'ont été observés. La comparaison des 2 groupes d'IMV appariées comprenant ou non un IRS ne montrait aucune différence significative concernant le score de Glasgow le plus bas [14 (14-15) vs 14 (14-15), NS], le taux d'admission en réanimation (5,4 % vs 4,3 %, NS) et le taux d'hospitalisation hors psychiatrie des patients (8,0 % vs 7,6 %, NS).

Conclusion : L'exposition à un IRS n'est pas associée à une modification du pronostic d'un patient admis au SAU pour IMV. Néanmoins, la recherche d'un syndrome sérotoninergique par les médecins urgentistes reste encore imparfaite, justifiant une sensibilisation et une amélioration de la formation sur le sujet.

Références

1. Sternbach H (1991) The serotonergic syndrome. *Am J Psychiatry* 148:705-13
2. Dunkley EJ, Isbister GK, Sibbritt D, et al (2003) The Hunter Serotonin Toxicity Criteria: simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity. *QJM* 96:635-42

EP123

Intoxication aiguë au chlorhydrate de tramadol : étude de 83 cas

H. Ben Ghezala¹, H. Lariani², H. Thabet³, K. Bousselmi¹

¹Réanimation polyvalente/Soins continus/Smur, service des urgences et de réanimation polyvalente, hôpital régional de Zaghuan, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar, Zaghuan, Tunisie

²Direction des soins de santé de base, Tunis, Tunisie

³Service des urgences, centre d'assistance médicale-urgente, Tunis, Tunisie

Introduction : Le chlorhydrate de tramadol est un analgésique central classé au pallier deux selon la classification OMS. C'est un agoniste pur non sélectif des récepteurs opiacés prescrit habituellement à la dose de 100 à 400 mg par 24 heures. Il possède des propriétés de libération et de recapture de sérotonine et de noradrénaline. Durant les deux dernières décennies, il a été largement prescrit en pratique courante. Des cas d'intoxication aiguë par le chlorhydrate de tramadol sont de plus en plus rapportés depuis sa large prescription. En Tunisie, on ne dispose d'aucune donnée concernant cette intoxication. Nous avons alors décidé de mener une étude au centre antipoison de Tunis. L'objectif principal est de rapporter les principales caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'intoxication aiguë au chlorhydrate de tramadol.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au centre antipoison (CAP) de Tunis, ayant inclut tous les patients qui ont consulté le service des urgences toxicologiques du CAP de Tunis pour ingestion chlorhydrate de tramadol à dose supra-thérapeutique. Cette étude a été menée entre Janvier 2010 et Juin 2013. Nous avons revu tous les dossiers de patients ayant consulté les urgences et nous avons consulté les dossiers médicaux des patients admis en réanimation.

Résultats : Durant la période d'étude, 83 cas d'intoxication aiguë au chlorhydrate de tramadol ont été relevés. L'âge moyen était de 26 ± 5 ans avec une prédominance féminine ($n = 69$; 83 %). Deux formes de présentation ont été observées : la forme gélules et la forme gouttes. Le délai moyen de consultation était de 3 ± 2 heures. La dose moyenne ingérée était de 600 ± 200 mg avec des extrêmes de 350 mg et de 1 g. La prise médicamenteuse était dans un but suicidaire dans la majorité des cas ($n = 57$; 68%) suite à un surdosage thérapeutique chez 26 patients (32 %). L'intoxication était poly médicamenteuse dans la majorité des cas ($n = 65$; 78 %). Les principaux signes cliniques observés étaient un myosis ($n = 42$; 51 %), une somnolence ($n = 36$; 43 %), des vertiges ($n = 23$; 28 %), une asthénie ($n = 18$; 21 %) et des céphalées ($n = 16$; 19 %). Des nausées et des vomissements ont été observés chez 19 patients (23 %) et des épigastralgies chez 10 patients (12 %). Deux patients ayant ingéré respectivement 900 et 1 000 mg de chlorhydrate de tramadol étaient comateux et avaient nécessité une intubation et une ventilation mécanique. Les principaux signes biologiques observés étaient l'hypokaliémie ($n = 27$; 32 %) et l'hyperleucocytose ($n = 13$ %). Deux patients avaient une hyperamylasémie et deux autres patients une rhabdomyolyse ($n = 2$; 2 %). Dix patients (12 %) ont nécessité l'hospitalisation en réanimation avec une durée d'hospitalisation moyenne de 34 ± 16 heures. Deux patients ont reçu du naloxone comme antidote. L'évolution était favorable chez tous les patients.

Conclusion : L'intoxication aiguë au chlorhydrate de tramadol est de plus en plus fréquente en parallèle avec sa large utilisation. Elle est le plus souvent dans le cadre d'une intoxication poly médicamenteuse et dans un but d'autolyse. Les signes neurologiques et les troubles digestifs sont les signes les plus fréquemment observés. C'est une intoxication généralement bénigne avec rarement des patients admis en réanimation.

EP124

Profil épidémiologique des intoxications aiguës en service de réanimation du centre hospitalier régional Al-Farabi (à propos de 121 cas)

I. Alouani, H. Bkiyar, D. Maazar, R. Haimami, K. Ahsayan, H. Hachlaf, H. Berkli, H. Madani, B. Housni

Service de réanimation, CHU Mohammed-VI, faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda, université Mohammed-I^{er}, Oujda, Maroc

Introduction : Les intoxications aiguës sont un motif fréquent de consultation dans les services d'urgence et d'admission en réanimation. Elles constituent un vrai problème de santé publique. Le but de ce travail est de tracer le profil épidémiologique et pronostique de ces intoxications admises en service de réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 5 ans et 3 mois, s'étalant du début du mois de mai 2008 à la fin du mois d'août 2013 et incluant tous les patients admis pour des intoxications aiguës en service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Régional Al Farabi d'Oujda au Maroc.

Résultats : 121 malades ont été colligés parmi 4 493 hospitalisation (avec une fréquence de 2,7 %), dont 60 femmes et 61 hommes, ce qui fait un sexe ratio de 1. La moyenne d'âge était de 30 ans. Les intoxications étaient dans un but suicidaire dans 61,15 % des cas. Les toxiques les plus incriminés étaient : les médicaments dans 32 %, les envenimements (vipérines et scorpioniques) dans 18 % des cas, les produits organophosphorés dans 16 % des cas, et la paraphénylène diamine (PPD) dans 13 % des cas. 42 % des patients ont nécessité une ventilation mécanique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours. L'évolution était fatale chez 34,71 % des patients (42 parmi les 121 cas), la paraphénylène diamine était la première cause de mortalité dans notre série.

Conclusion : Cette étude épidémiologique permet de mettre en évidence la fréquence et la gravité des intoxications aiguës. La sensibilisation de la population, et la réglementation de la vente des produits incriminés, restent, seuls garant d'une meilleure prévention de ce problème grave et coûteux.

EP125

Profil épidémiologique de l'intoxication aiguë au phénobarbital au centre d'assistance médicale urgente Tunis : (à propos de 30 cas)

M. Marzouk¹, Y. Blel¹, A. Mrad¹, I. Sedghiani¹, H. El Ghord¹, N. Kouraichi¹, N. Brahmi¹, H. Thabet², M. Amamou¹

¹Service de réanimation médicale polyvalente et toxicologique, centre d'assistance médicale-urgente (Camu), Tunis, Tunisie

²Service des urgences, centre d'assistance médicale-urgente (Camu), Tunis, Tunisie

Introduction : Le phénobarbital, un barbiturique à durée d'action longue, est doté de propriétés anti-convulsivante, hypnotique et myorelaxante, et il reste, malgré l'avènement de nouvelles classes antiépileptiques, le médicament le plus utilisé dans ce domaine dans notre pays. L'intoxication au phénobarbital reste assez fréquente, c'est pour

cela qu'on s'est proposé d'étudier l'épidémiologie et le pronostic de ce type d'intoxication.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 30 mois entre janvier 2011 et juin 2013, incluant les patients intoxiqués au phénobarbital, hospitalisés au service de réanimation médicale du CAMUR.

Résultats : Durant la période de l'étude, 30 patients ont été colligés, âgés de 27 ± 9 ans, de prédominance féminine (sex ratio 0,77). 70 % étaient épileptiques sous phénobarbital au long cours. Les intoxications étaient volontaires dans 100 % des cas. 40 % avait au moins une tentative d'autolyse dans ses antécédents. Le score IGSII moyen était de 15 ± 9 , l'APACHE II moyen était de 9 ± 5 . La quantité supposée ingérée était de $1\,530 \pm 710$ mg [500, 3 000], le délai moyen de prise en charge était de $4,8 \pm h$. 83 % des patients présentaient une détresse neurologique à l'admission avec un GCS à $10,7 \pm 4,7$, un coma calme hypotonique chez 47 % des patients, une agitation chez 10 % des patients. Aucun patient n'a présenté d'altération hémodynamique, la détresse respiratoire était notée chez 7 % des patients. Le pic de barbitémie était relevé en moyenne à H12 avec une moyenne de 84 ± 43 . Le recours à l'intubation était nécessaire chez 47 % des patients, réalisée en moyenne à h2 de l'intoxication. La durée de la ventilation mécanique était de 28 h [12 h, 6 j]. La diurèse alcaline était prescrite chez 13 % des patients et le charbon activé chez 6 %. L'évolution était marquée par une pneumopathie d'inhalation et une infection nosocomiale chez 20 et 10 % des patients respectivement, l'évolution était favorable chez tous les patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours (entre 1 et 10 jours). L'analyse statistique ne montre pas de corrélation entre la dose supposée ingérée et la durée de ventilation ni avec la durée de séjour. Il n'y a pas de corrélation entre le pic de barbitémie et la durée de séjour ou avec la durée de ventilation mécanique.

Conclusion : L'intoxication aiguë au phénobarbital est toujours d'actualité en Tunisie (7 % des intoxications médicamenteuse), elle est relativement de bon pronostic (0 décès/30 patients). Le recours à la ventilation mécanique, la durée de ventilation et la durée de séjour ne sont pas corrélés ni avec la dose supposée ingérée ni avec le pic de barbitémie.

EP126

Complications respiratoires associées aux intoxications médicamenteuses volontaires en réanimation

M. Netchitaïlo, P. Garel, S. Gelinotte, P.L. Declercq, F. Bougerol, J.P. Rigaud, J.P. Eraldi

Service de réanimation polyvalente, CH de Dieppe, Dieppe, France

Introduction : Les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) sont potentiellement responsables de complications respiratoires (CR), fonction de la profondeur et de la durée du coma qu'elles engendrent [1,2]. Nous avons étudié les CR survenues au cours de comas toxiques admis dans une réanimation polyvalente d'un centre hospitalier général.

Patients et méthodes : Les dossiers des patients admis sur 5 ans (2008 à 2012) en réanimation pour IMV ont été étudiés. L'âge, l'IGS2, le SOFA à H24, le score de Glasgow (GCS) à l'admission en réanimation, la survenue d'une CR, les durées moyennes de ventilation mécanique (DV) et de séjour (DMS) en réanimation ainsi que la mortalité en réanimation ont été relevés. Les intoxications ont été classées en mono-intoxications (MI) et en poly-intoxications (PI).

Résultats : Deux cent cinquante et un patients (âge : $44,4 \pm 13$ ans, IGS2 : $36,9 \pm 16$, SOFA H24 : $5 \pm 2,6$, GCS : $7,6 \pm 3,6$, ventilation mécanique : $n = 151$, 62,5 %) ont été admis pour IMV en réanimation. Soixante patients (23,9 %) ont présenté une CR (atélectasie : 4, pneumopathie infectieuse : 8). L'âge ($49,2$ vs 43 ans ; $p = 0,004$), l'IGS2 ($48,5$ vs $37,1$; $p < 0,001$), le score SOFA H24 ($7,3$ vs $4,4$; $p < 0,001$), le score Sofa « Neurologie » ($3,6$ vs $2,8$; $p < 0,001$), la DV ($6,8$ vs $1,1$ jours ; $p < 0,001$) et la DMS ($8,8$ vs $2,4$ jours ; $p < 0,001$) sont significativement plus importants chez les patients qui présentent une CR associées aux IMV. En revanche, le GCS n'est pas différent entre les 2 groupes ($7,1 \pm 3,6$ vs $7,7 \pm 3,5$; $p = 0,2$). Deux patients parmi les 251 IMV, ont développé un SDRA et sont décédés (0,8 %). Les patients MI ($n = 67$, 26,7 %) présentent plus de CR (40,3 % vs 17,9 % ; $p < 0,001$) que les patients PI ($n = 184$, 73,6 %) alors que le GCS n'est pas différent ($7,2 \pm 3,6$ vs $7,7 \pm 3,6$; $p = 0,2$). Il n'y a pas de relation entre la profondeur du coma et la survenue de CR (AUC : 0,57). Les patients ventilés présentaient également plus de CR (34,4 % vs 6,4 % ; $p < 0,001$).

Conclusion : Cette étude montre que les IMV se compliquent fréquemment de CR (24,2 %). Les CR sont plus fréquentes en cas de MI alors que le coma n'est pas plus profond dans ce groupe. L'état clinique (évolution du GCS avant l'admission en réanimation) et les conditions de la prise en charge médicale (délai d'intubation) pourraient expliquer ce résultat.

Références

1. Christ A (2006) Incidence, risk factors, and outcome of aspiration pneumonitis in ICU overdose patients. *Intensive Care Med* 32:1423–7
2. Isbister G (2004) Aspiration pneumonitis in an overdose population: Frequency, predictors, and outcomes. *Crit Care Med* 32:88-93