

# Intoxication aux organophosphorés

ESC\_TX\_002\_Overview

## Aperçu général

<b>Durée du scénario</b>	:	12 à 15 minutes.
<b>Public cible</b>	:	Étudiants de médecine, internes et résidents.
<b>Résumé</b>	:	Patiente de 18 ans, DT1 sous insuline retrouvée inconsciente chez elle par la famille. Il s'agit d'une intoxication aux OP.
<b>Objectifs critiques</b>	:	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Gérer un trouble de conscience apyrétique,</li><li><input type="checkbox"/> Enumérer les étiologies devant un trouble de conscience apyrétique,</li><li><input type="checkbox"/> Mettre en route les examens complémentaires,</li><li><input type="checkbox"/> Planifier les différentes modalités thérapeutiques de l'intoxication aux OP.</li></ul>

# Intoxication aux organophosphorés

ESC\_TX\_002\_Briefing

## Signes fonctionnels

<b>Patient(e)</b>	:	18 ans, sexe féminin
<b>Data</b>	:	Poids = 80 Kg, Taille = 166 cm
<b>SF</b>	:	trouble de conscience apyrétique
<b>Début</b>	:	? (Retrouvée inconsciente)
<b>Signes associés</b>	:	hypothermie
<b>Mode d'admission</b>	:	ramenée par la famille
<b>Signes critiques</b>	:	Ronflants bilatéraux (inhalation)

## Antécédents

<b>Médico-chirurgicaux</b>	:	DT1 sous insuline
<b>Toxiques</b>	:	RAS
<b>Allergies</b>	:	RAS

## Signes physiques

<b>Fonction respiratoire</b>	:	FR = 30 c/min, discrète cyanose, SLR, ronflants bilatéraux, SpO2 = 76 %			
<b>Fonction circulatoire</b>	:	FC = 56 bpm, PA = 100/50, pas de pâleur, pas de souffle			
<b>Fonction neurologique</b>	:	GCS = 8/15 (M5V2E1), pas de déficit, pupilles en myosis trop serré, pas de convulsion			
<b>Examen somatique</b>	:	Trémulations, hypersialorhée, diarrhée			
<b>Glycémie</b>	:	0,6 g/L	<b>Température</b>	:	36,4 °C

# Intoxication aux organophosphorés

ESC\_TX\_002\_Scénario

## Check-list

### Équipement

- ☐ Réanimation respiratoire
- ☐ Réanimation hémodynamique
- ☐ Chariot d'urgence
- ☐ Chariot de soins
- ☐ Moniteur multiparamétrique

### Drogues

- ☐ Pralidoxime
- ☐ Atropine
- ☐ Sérum glucosé 30%

## Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, sexué féminin
- ☐ Voie veineuse périphérique
- ☐ Vêtements simples, mouillés
- ☐ Sachet de raticide ramené par la maman

## Formateurs

- ☐ Instructeur 1 : technicien aux manettes
- ☐ Instructeur 2 : briefing et debriefing
- ☐ Instructeur 3 : debriefing
- ☐ Facilitateur 1 : senior de garde
- ☐ Facilitateur 2 : mère de la patiente

# Intoxication aux organophosphorés

ESC\_TX\_002\_Scénario

## Baseline

FR = 30  
SpO2 = 76 %  
EtCO2 = 35

FC = 56  
PA = 100/50  
ECG = RRS

GCD 8/15  
Trémulations  
Myosis serré

## Interventions

TTT du trouble de  
conscience apyrétique

RAS

FC = 60  
PA = 100/50  
SpO2 = 95%  
T = 36,8 °C

TTT de l'intoxication  
aux OP

Non

Oui



# Intoxication aux organophosphorés

ESC\_TX\_002\_Programmation

## Baseline

FR = 30 c/min, SpO2 = 76%, râles ronflants

FC = 56 bpm, PA = 100/50

GCS 8/15, Trémulations, hypersialorhée, myosis serré

EtCO2 = 35 mmHg

## Critical

Détresse respiratoire

## Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 106 bpm, PA = 110/60 mmHg

EtCO2 = 30 mmHg

Stabilité hémodynamique et respiratoire

# Intoxication aux benzodiazépines

ESC\_TX\_002\_Debriefing

## Fiche

- Un trouble de conscience apyrétique se définit par l'altération de l'état de vigilance suite à une cause qui peut être soit vasculaire, métabolique, traumatique, ou toxique,
- La gestion d'un trouble de conscience apyrétique commence par la libération des voies aériennes supérieures, une éventuelle IVA peut s'avérer nécessaire devant un GCS < ou égale à 8/15,
- La mesure de la glycémie capillaire doit toujours passer en premier, en effet l'hypoglycémie constitue un diagnostic assez fréquent et facile à corriger,
- Les organophosphorés ont une large utilisation dans le domaine agricoles en tant qu'insecticides, ils sont très liposolubles et très facilement absorbés. Ils agissent en formant un complexe avec les cholinestérases par phosphorylation, ce qui conduit à l'inactivation et à l'accumulation de l'Acétylcholine endogène,
- Le toxidrome des OP est constitué de trois syndromes :
  - Syndrome muscarinique : trémulations, hypersécrétions (sueurs, hypersialorhée, diarrhée), hypotension, bradycardie,
  - Syndrome nicotinique : tachycardie et hypertension,
  - Syndrome central : céphalées, somnolence, trouble de conscience, convulsions,
- Le risque majeur est celui de l'anoxie par encombrement bronchique,
- La prise en charge thérapeutique doit répondre aux grands volets thérapeutiques des intoxications :
  - Traitement symptomatique : liberté des VAS (IVA), lutter contre les convulsions (sédation, anticonvulsivants),
  - Traitement spécifique : Pralidoxime pour réactiver les cholinestérases, avec de l'Atropine comme antidote,
  - Traitement évacuateur : décontamination digestive si intoxication moins d'une heure, suivie obligatoirement d'une décontamination cutanée et oculaire.

## Objectifs techniques

- ☐ Gérer un trouble de conscience apyrétique,
- ☐ Enumérer les étiologies devant un trouble de conscience apyrétique,
- ☐ Mettre en route les examens complémentaires,
- ☐ Planifier les différentes modalités thérapeutiques de l'intoxication aux OP.

## CRM

- ☐ Teamwork
- ☐ Leadership
- ☐ Communication
- ☐ Anticipation
- ☐ Workload

	Résultat	Références
<b>Hématies</b>	<b>4.1</b> $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
<b>Hémoglobine</b>	<b>12.4</b> g/dL	(10.9-13.7)
<b>Hématocrite</b>	<b>36.8</b> %	(34.0-40.0)
<b>VGM</b>	<b>80.3</b> fl	(73.0-86.0)
<b>CCMH</b>	<b>32.6</b> g/dL	(32.0-36.0)
<b>Leucocytes</b>	<b>12.10</b> $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
<b>Neutrophiles</b>	<b>52.0</b> %	
Soit	<b>5.72</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
<b>Eosinophiles</b>	<b>0.6</b> %	
Soit	<b>0.06</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
<b>Basophiles</b>	<b>0.5</b> %	
Soit	<b>0.01</b> $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
<b>Lymphocytes</b>	<b>10.5</b> %	
Soit	<b>4.0</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
<b>Monocytes</b>	<b>6.0</b> %	
Soit	<b>0.55</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
<b>Plaquettes</b>	<b>191</b> $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

# Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	72 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	32 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	2.8 g/L	(2.00-4.00)

# Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na <sup>+</sup> )	136 mmol/L	(135-145)
Potassium (K <sup>+</sup> )	3,8 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca <sup>2+</sup> )	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl <sup>-</sup> )	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	0.70 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.460 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	10 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	50 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	46 UI/L	(5-40)
Albumine	35 g/L	(35-55)

# Ionogramme

	Résultat	Références
CRP	5 mg/L	(< 10)

# Bactériologie

	Résultat	Références
PL	< 3	GB/mm
	ED –	
	Protéïnorachie	0,45
	Glucorachie	0,56
	Culture	Stérile

# Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Bêta HCG	4000 UI/L	(< 1500)

# Screening toxicologique

	Résultat	Références
Toxico	Négatif aux BZD et stupéfiants	

# Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.20	(7.35-7.45)
CO <sup>2</sup>	50 mmHg	(35-45)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	22 mmol/L	(22-26)
PaO <sup>2</sup>	80 mmHg	(> 85)
SaO <sup>2</sup>	95 %	(95-100)
Lactates	1 mmol/L	(< 2)

# TDM cérébrale



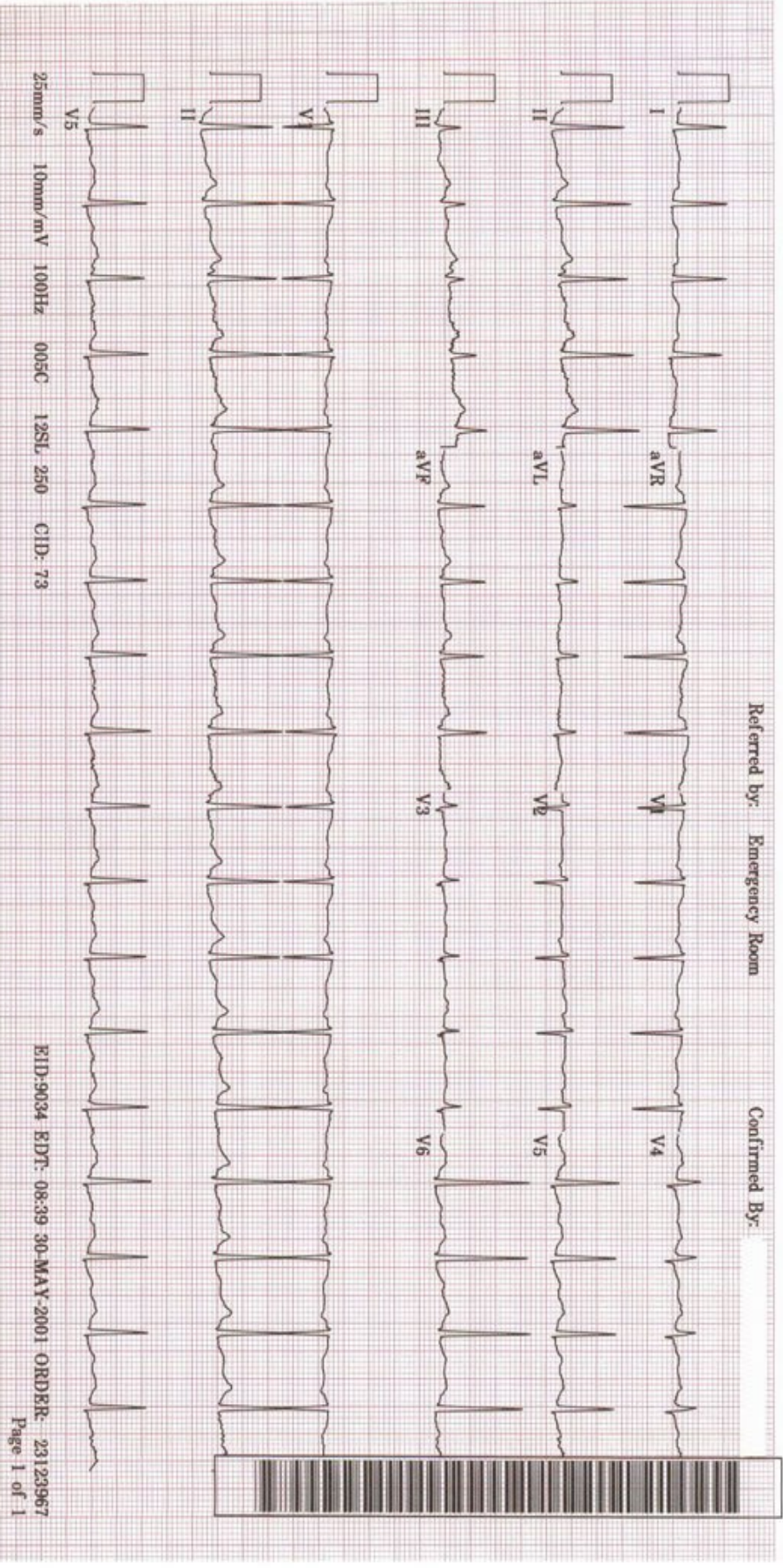
**Interprétation :**

**TDM cérébrale normale.**

# Radiographie thoracique



ECG



# Echographie abdomino-pelvienne



**Interprétation :**

**Sac gestationnel.**