

# Intoxication au paracétamol

ESC\_TX\_005\_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>	:	Patient de 32 ans, sportif du haut niveau, présentant depuis une semaine des nausées, vomissements, oligo-anurie et ictère, admis pour trouble de la conscience. Il s'agit d'une encéphalopathie hépatique sur intoxication au paracétamol.
<b>Objectifs critiques</b>	:	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Poser le diagnostic positif d'une intoxication au paracétamol,</li><li><input type="checkbox"/> Citer les complications,</li><li><input type="checkbox"/> Chercher les signes de gravité,</li><li><input type="checkbox"/> Considérer les examens complémentaires,</li><li><input type="checkbox"/> Mettre en place les thérapeutiques adéquates.</li></ul>

# Intoxication au paracétamol

ESC\_TX\_005\_Briefing

## Signes fonctionnels

<b>Patient(e)</b>	:	32 ans, sexe masculin
<b>Data</b>	:	Poids = 84 Kg, Taille = 182 cm
<b>SF</b>	:	douleurs intenses suite aux entraînements
<b>Début</b>	:	rapidement progressif
<b>Signes associés</b>	:	nausées, vomissements, oligurie, ictère
<b>Mode d'admission</b>	:	ramené par la famille
<b>Signes critiques</b>	:	trouble de conscience

## Antécédents

<b>Médico-chirurgicaux</b>	:	schizophrénie, mal équilibrée sous neuroleptiques
<b>Toxiques</b>	:	alcool-tabagique et toxicomane
<b>Allergies</b>	:	RAS

## Signes physiques

<b>Fonction respiratoire</b>	:	FR = 30 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, râles ronflants bilatéraux, SpO2 = 90 %			
<b>Fonction circulatoire</b>	:	FC = 140 bpm, PA = 80/50, pas de pâleur, pas de souffle			
<b>Fonction neurologique</b>	:	GCS = 7/15 (M5V1E1), pas de déficit, pupilles en myosis serré, pas de convulsion			
<b>Examen somatique</b>	:	ictère			
<b>Glycémie</b>	:	0,6 g/L	<b>Température</b>	:	37,4 °C

# Intoxication au paracétamol

ESC\_TX\_005\_Scénario

## Check-list

### Équipement

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

### Drogues

- ☐ N-Acétyl-Cystéine
- ☐ Lactulose
- ☐ Albumine

## Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, sexué masculin
- ☐ Voie veineuse périphérique
- ☐ Vêtements simples, mouillés

## Formateurs

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

# Intoxication au paracétamol

ESC\_TX\_005\_Scénario

## Baseline

FR = 30  
SpO2 = 90%  
EtCO2 = 35

FC = 140  
PA = 80/50  
ECG = RRS

GCD 10/15  
Confusion

## Interventions

TTT encéphalopathie  
hépatique

RAS

FC = 90  
PA = 120/70  
SpO2 = 96%

TTT de l'intoxication  
au paracétamol

Non

Oui



# Intoxication au paracétamol

ESC\_TX\_005\_Programmation

## Baseline

FR = 30 c/min, SpO2 = 90%, râles ronflants

FC = 140 bpm, PA = 80/50

EtCO2 = 35 mmHg

## Critical

Détresse neurologique

Convulsion

## Landing

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

FC = 146 bpm, PA = 100/60 mmHg

EtCO2 = 30 mmHg

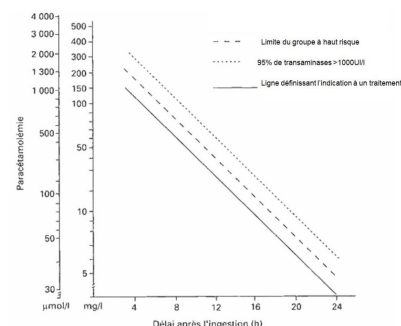
Stabilité hémodynamique et respiratoire

# Intoxication au paracétamol

ESC\_TX\_005\_Debriefing

## Fiche

- L'intoxication au paracétamol correspond à l'ingestion d'une dose supra-thérapeutique ( $>15$  mg/Kg/6 heures) en une ou plusieurs prises, la dose toxique étant  $> 150$  mg/Kg,
- Généralement, il s'agit un patient conscient, asymptomatique, en dehors de signes digestifs peu spécifiques, dans les 24 heures suivant l'ingestion,
- Des formes plus sévères peuvent être observées sous forme d'une hépatite cytolytique avec une encéphalopathie hépatique. Des atteintes plus rares peuvent être : rénales, pancréatiques, myocardiques ou encore péricardiques,
- C'est une intoxication très fréquente, volontaire ou non (surdosage thérapeutique, notamment en cas de douleurs dentaires insupportables, avec ingestions multiples). Elle peut être isolée ou associée à d'autres médicaments,
- La paracétamolémie est à interpréter selon le nomogramme "Rumack-Matthew ou Prescott simplifié" au plus tôt 4 heures après une ingestion unique,
- Le traitement évacuateur peut comporter le Charbon activé en cas d'ingestion récente et en l'absence de contre-indications,
- Un antidote spécifique existe : il s'agit du N-Acétyl-Cystéine (NAC) au nom commercial de Fluimucil®,
- Le traitement des formes sévères relève de la réanimation de l'encéphalopathie hépatique et de l'indication de la transplantation hépatique selon les critères du King's College,
- Les facteurs pronostiques sont : l'existence d'une hépatopathie sous-jacente, prise au long cours d'inducteurs enzymatiques, déplétion en glutathion (dénutrition) et le retard à la prise en charge.



## Objectifs techniques

- ☐ Poser le diagnostic positif d'une intoxication au paracétamol,
- ☐ Citer les complications,
- ☐ Chercher les signes de gravité,
- ☐ Considérer les examens complémentaires,
- ☐ Mettre en place les thérapeutiques adéquates.

## 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>48.8</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>91</b> $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

# Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	22.3 sec	
Taux de prothrombine	18 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	50 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	1.8 g/L	(2.00-4.00)



# Hémostase

	Résultat	Références
Facteur V	10 %	(50-150)

# Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na <sup>+</sup> )	128 mmol/L	(135-145)
Potassium (K <sup>+</sup> )	5,1 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca <sup>2+</sup> )	95 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl <sup>-</sup> )	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	0.70 g/L	(0.70-1.10)
Urée	1.06 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	30 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	860 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	940 UI/L	(5-40)
Bilirubine	60 mg/L	(6-12)
CRP	25 mg/L	(< 10)
Albumine	35 g/L	(35-55)

# Screening toxicologique

	Résultat	Références
Screening toxicologique	BZD : négatif Stupéfiants : négatif	

# Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.20	(7.35-7.45)
CO <sup>2</sup>	30 mmHg	(35-45)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	18 mmol/L	(22-26)
PaO <sup>2</sup>	90 mmHg	(> 85)
SaO <sup>2</sup>	95 %	(95-100)
Lactates	5 mmol/L	(< 2)

# Bactériologie

	Résultat	Références
PL	Traumatique	

# Paracétamolémie

	Résultat	Références
Dosage H8	450 mg/L	
Interprétation	Haut risque	+++

# Sérologies

	Résultat	Références
Hépatite B	Négative ---	
Hépatite C	Négative ---	

# TDM cérébrale

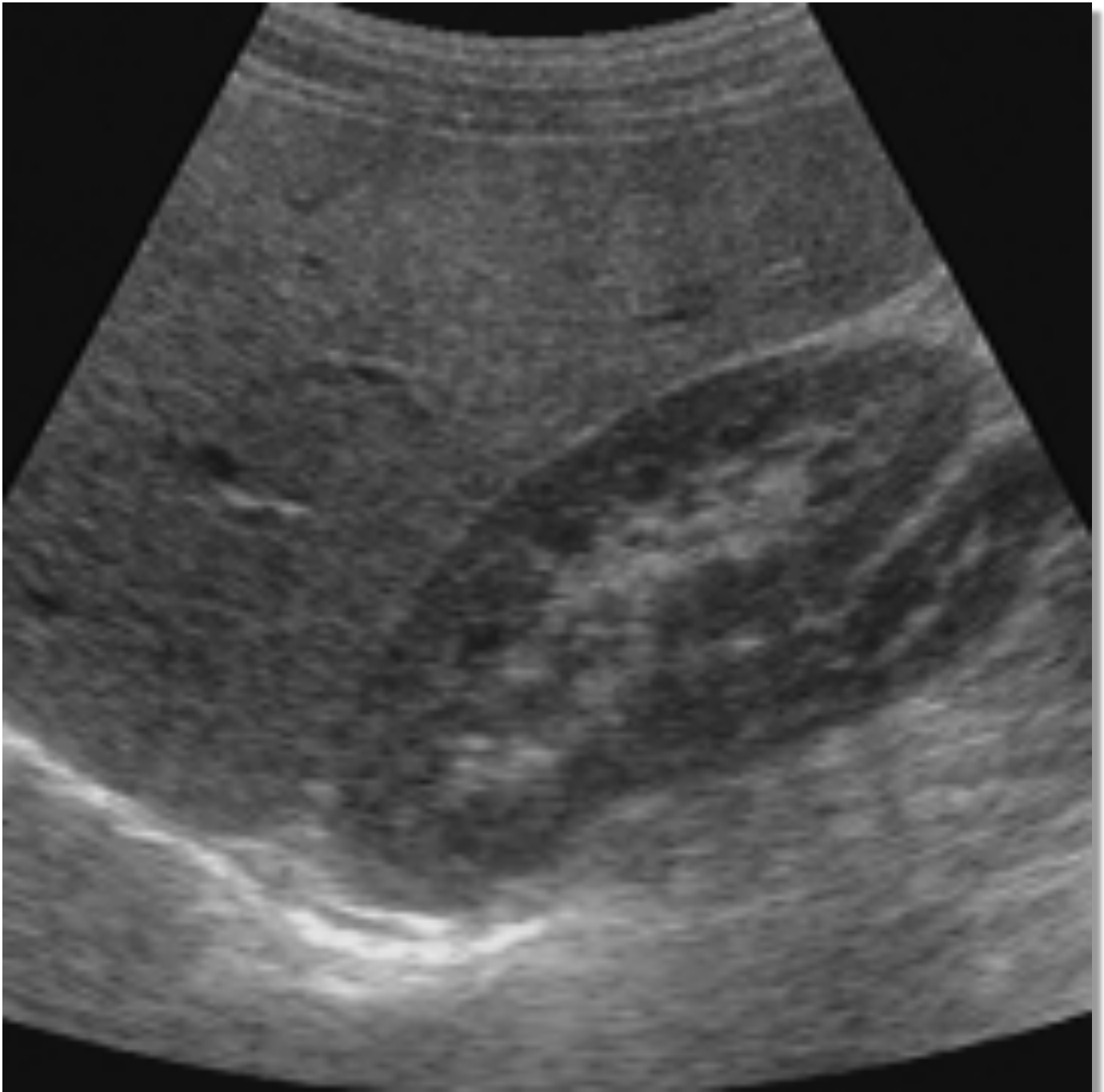


**Interprétation :**

**TDM cérébrale normale.**



# Échographie abdominale



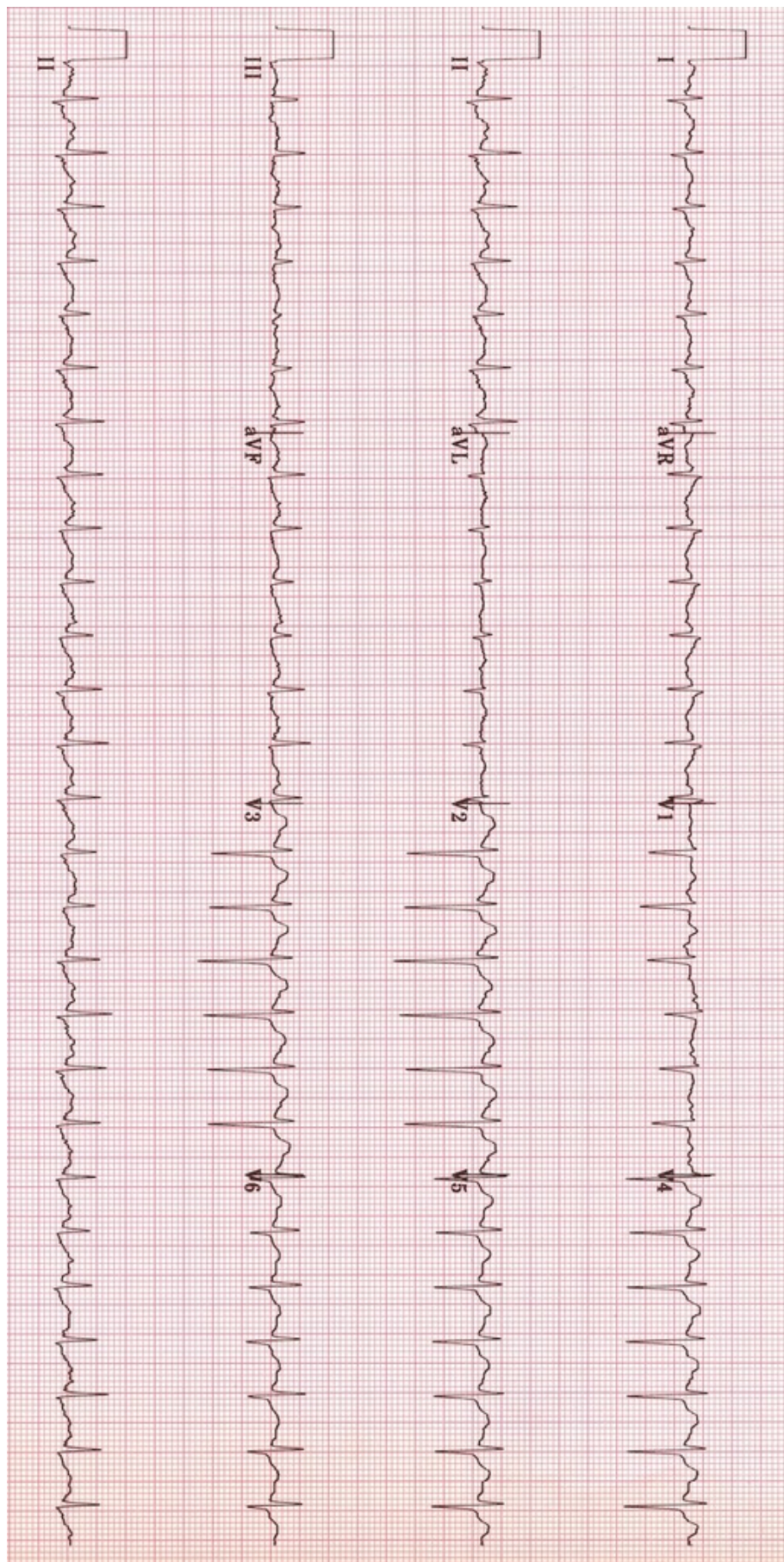
**Interprétation :**

**Échographie abdominale normale.**

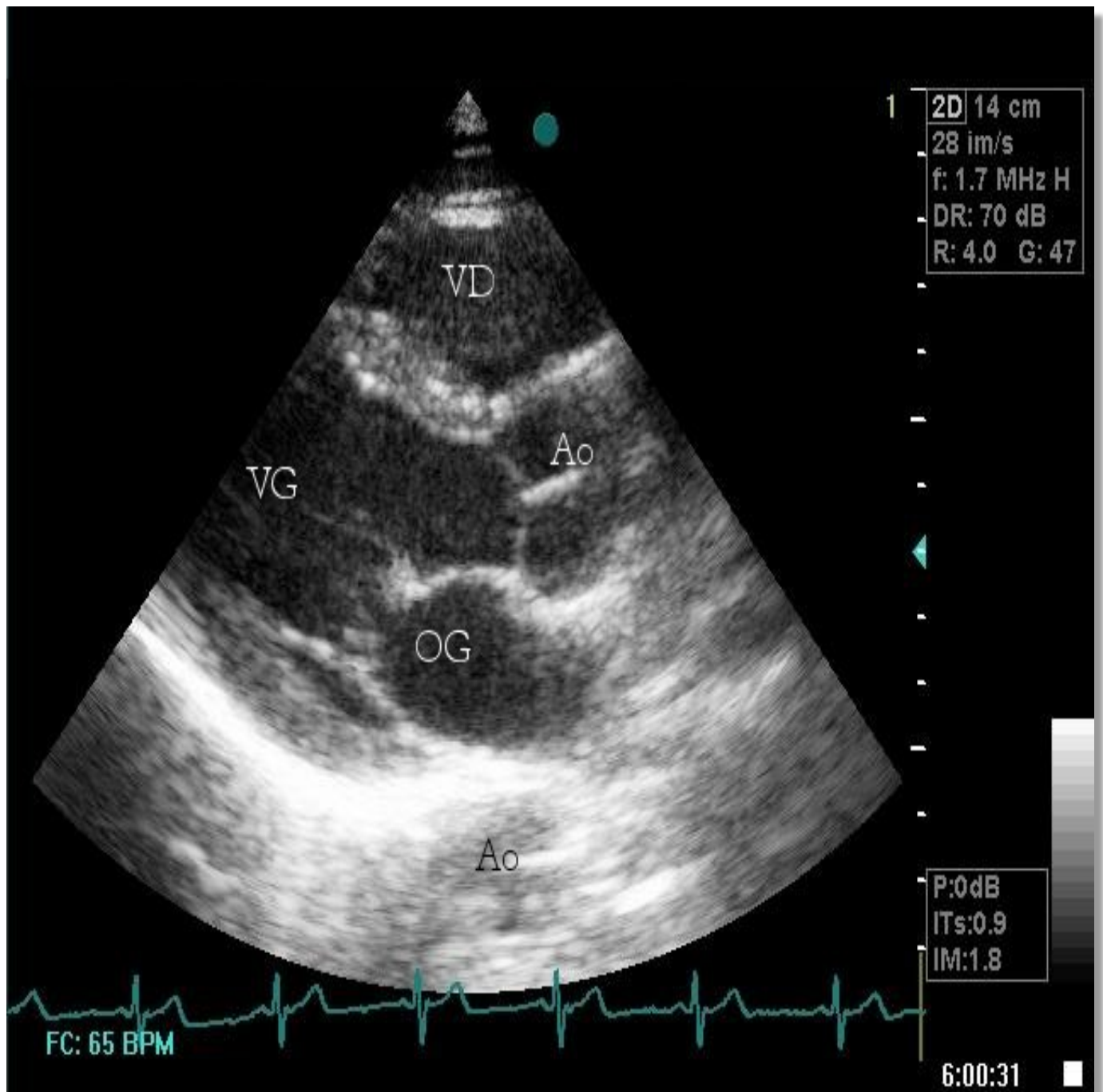
# Radiographie thoracique







# Échocardiographie



Interprétation :

Échocardiographie normale.