

Intoxication aux benzodiazépines

ESC_TX_001_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patiente de 17 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, retrouvée inconsciente et hypotherme à domicile par la famille. Il s'agit d'une intoxication aux benzodiazépines.

Objectifs critiques :

- 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 BZD.

Intoxication aux benzodiazépines

ESC_TX_001_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	17 ans, sexe féminin
Data	:	Poids = 60 Kg, Taille = 166 cm
SF	:	trouble de conscience apyrétique
Début	:	? (retrouvée inconsciente)
Signes associés	:	hypothermie
Mode d'admission	:	ramenée par la famille
Signes critiques	:	ronflants bilatéraux (inhalation)

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	RAS
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 30 c/min, discrète cyanose, SLR, ronflants bilatéraux, SpO2 = 76 %			
Fonction circulatoire	:	FC = 146 bpm, PA = 80/50, pas de pâleur, pas de souffle			
Fonction neurologique	:	GCS = 6/15 [M4V1E1], pas de déficit, pupilles en myosis serré, pas de convulsion			
Examen somatique	:	RAS			
Glycémie	:	0,6 g/L	Température	:	36,4 °C

Intoxication aux benzodiazépines

ESC_TX_001_Scénario

Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Anexate®
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> Sérum glucosé 30%
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué féminin
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples, mouillés

Formateurs

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Instructeur 1 : | technicien aux manettes |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 2 : | briefing et debriefing |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 3 : | debriefing |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 1 : | senior de garde |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 2 : | mère de la patiente |

Intoxication aux benzodiazépines

ESC_TX_001_Scénario

Baseline

FR = 30
SpO₂ = 76 %
EtCO₂ = 35

FC = 146
PA = 80/50
ECG = RRS

GCD 6/15
Calme

Interventions

TTT du trouble de conscience apyrétique

FC = 120
PA = 96/50
SpO₂ = 95%
T = 36,8 °C

RAS

TTT de l'intoxication aux BZD

Non



Oui



Intoxication aux benzodiazépines

ESC_TX_001_Programmation

Baseline

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

FC = 146 bpm, PA = 80/50

EtCO2 = 35 mmHg

Critical

Détresse respiratoire

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 aux benzodiazépines

ESC_TX_001_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 supérieurs, 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 benzodiazépines sont utilisées en thérapeutique pour leurs propriétés anxiolytiques, sédatives, anticonvulsivantes, et myorelaxantes. Elles représentent une cause majeure d'intoxication aiguë.
- Les benzodiazépines sont rapidement et complètement absorbées une fois prises par voie orale, subissant un métabolisme hépatique aboutissant à la production d'un métabolite actif, leur demi-vie d'élimination varie selon la molécule, entre 2,7 heures à 60 heures,
- Le toxicadrome de l'intoxication aux BZD est celui d'un coma calme hypotonique, rarement très profond, mais qui peut s'accompagner de complications respiratoires, à type de pneumopathies d'inhalation. Toutes les BZD potentialisent l'effet dépresseur du SNC des psychotropes,
- La prise en charge thérapeutique doit répondre aux quatre volets thérapeutiques :
 - Traitement symptomatique : surveillance rapprochée de l'état de conscience tout en assurant la liberté des VAS par une IVA, sondage urinaire, sonde nasogastrique, assurer un bon état hémodynamique,
 - Traitement évacuateur : décontamination digestive si malade reçu avant H1 de l'intoxication,
 - Traitement épurateur : pas de place vu le métabolisme hépatique,
 - Traitement spécifique : le Flumazénil (Anexate) constitue un antidote antagoniste spécifique aux BZD. Indiqué surtout pour les intoxications pures aux BZD non compliquées. Titration de 0,1 à 0,2 mg, sans dépasser 1 mg,
- Au décours de la prise en charge on peut assister un syndrome de sevrage (vertiges, spasmes musculaires, paresthésies, photophobies, hyperosmie) nécessitant la mise en place d'une BZD de durée de vie identique.

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 BZD.

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	4.1 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	12.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	36.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	12.10 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	5.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	4.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	191 $10^3/\mu\text{L}$	(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⁺)	136 mmol/L	(135-145)
Potassium (K⁺)	3,8 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl⁻)	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 –	
	Protéinorachie	0,45
	Glucorrhachie	0,56
	Culture	Stérile

Marqueurs biologiques

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

Screening toxicologique

Résultat

Références

BZD

Positif

Gaz du sang

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

TDM cérébrale



Interprétation :

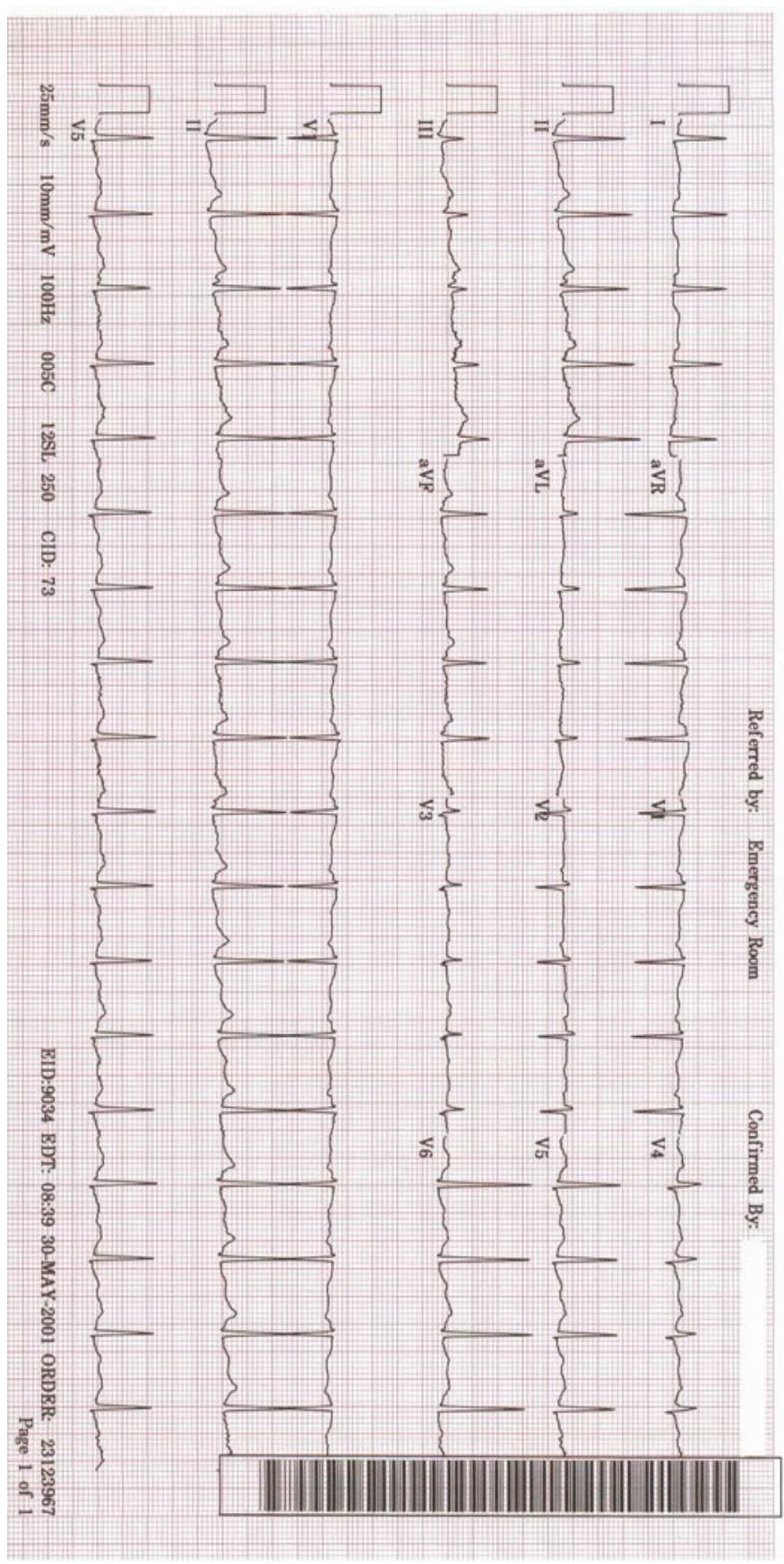
TDM cérébrale normale.

Radiographie thoracique



ESC_TX_001

ECG



Echographie abdomino-pelvienne



Interprétation :

Sac gestationnel.