

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION AIGUE A LA CHLOROQUINE

1ère Conférence de Consensus en Réanimation et Médecine d'Urgence

13 Novembre 1987

La gravité de l'intoxication aiguë à la Chloroquine tient à ses manifestations cardio-vasculaires. Un arrêt cardiaque peut survenir dans les 30 minutes qui suivent l'ingestion. La mortalité hospitalière est de l'ordre de 10 %, ce chiffre ne tient pas compte des décès à domicile.

Il a récemment été suggéré que le Diazépam pouvait avoir un effet bénéfique. D'où l'idée d'une Conférence de Consensus visant à préciser le rôle du Diazépam dans cette intoxication et la place des autres thérapeutiques traditionnelles.

La méthodologie utilisée fut la suivante :
présentation publique des principaux travaux cliniques et expérimentaux,
discussion des experts entre eux et avec le public,
synthèse finale effectuée par 6 médecins indépendants (Comité du Consensus).

Cette première Conférence de Consensus en Réanimation et Médecine d'Urgence s'est tenue le 13 novembre 1987 au C.H.U. Lariboisière Saint Louis. Ce document est le résumé du document de référence qui, ainsi que le résumé des communications, paraîtra dans la revue "Réanimation Soins Intensifs Médecine d'Urgence" .

Cinq questions préalables ont été posées dans l'objectif de centrer les débats et la synthèse finale :

- Le Diazépam peut-il être utilisé dans une intoxication aiguë à la Chloroquine et si oui dans quelles circonstances ?

Le rôle du Diazépam résulte d'expérimentations animales montrant un effet protecteur finalement modeste pour des doses élevées. Des études cliniques suggèrent que le Diazépam est efficace. Il s'agit d'études rétrospectives, méthodologiquement contestables. Dans une récente étude prospective il a été observé une réduction sensible de la mortalité au cours de formes potentiellement létales (dose ingérée supérieure à 5 g), traitées selon un protocole associant Diazépam-ventilation mécanique systématique - perfusion d'Adrénaline. Elle ne démontre pas l'utilité du Diazépam seul.

Néanmoins, compte tenu de la gravité potentielle de l'intoxication, il paraît licite d'utiliser le Diazépam sous certaines conditions définies par :

- 1°- la dose supposée ingérée (supérieure à 2 g),
- 2°- l'existence de signes cliniques de gravité (chute de pression artérielle, anomalie de l'ECG). Il en résulte une proposition d'un schéma décisionnel qui ne peut ici être détaillé.

- Si le Diazépam est efficace, quelles doivent être la voie d'administration, la posologie, la durée du traitement ?

Seule la voie intraveineuse a été utilisée. La posologie est arbitraire, de l'ordre de 2 à 4 mg/kg/24 h. Des arguments théoriques font préférer un bolus initial (0,5 mg/kg) éventuellement suivi soit d'une dose d'entretien, soit de la répétition des bolus.

L'imprévisibilité de l'évolution, le risque cardio-vasculaire présent pendant plusieurs heures justifient la poursuite de ce traitement jusqu'au moins le 48ème heure.

- Quels sont les dangers du Diazépam dans cette situation ?

L'intoxication à la Chloroquine survient habituellement chez un sujet jeune, sans tares pré-existantes, ce qui explique que les risques de dépression respiratoire et circulatoire paraissent ici faibles. Néanmoins, en dehors d'un milieu spécialisé, l'injection intra-veineuse de Diazépam doit être lente (10 minutes environ) ne pas dépasser 0,5 mg/kg ; le risque essentiel est ici celui d'un arrêt respiratoire.

- En cas d'efficacité, quel est le mécanisme d'action du Diazépam ?

Le possible effet anti-arythmique du Diazépam peut s'expliquer par une action soit myocardique directe, soit cérébrale indirecte. Il est impossible de trancher entre ces deux hypothèses, de même qu'il est impossible de préciser si le Diazépam a une action cardio-vasculaire préventive ou curative.

- Quelle est la place des autres thérapeutiques ?

Le Diazépam fait partie d'un ensemble de moyens thérapeutiques, uniquement disponibles en milieu spécialisé, qui doivent être mis en oeuvre le plus rapidement possible. Un médecin généraliste, confronté à ce problème, doit immédiatement faire appel au centre anti-poisons et au SAMU de la région. Lorsque la dose ingérée est supérieure à 2 g le lavage gastrique doit être fait en milieu de réanimation sous intubation et après mise en oeuvre des autres thérapeutiques symptomatiques.

Les autres moyens d'épuration (dialyse, épuration sur charbon) s'avèrent inefficaces.

L'Adrénaline est le cardio-tonique de choix.

En cas de nécessité, l'Isoprotérénol à faible dose permet d'élever la fréquence cardiaque et d'éviter le risque de trouble du rythme de réentrée. Son utilisation est préférée à celle de l'entraînement électro-systolique.

Les sels hypertoniques de sodium (bicarbonate, lactate) sont utilisés en présence d'un trouble de la conduction intra-ventriculaire.

La fibrillation ou la tachycardie ventriculaire persistantes imposent le choc électrique externe.

Une hypokaliémie est souvent observée dans les formes graves. Elle devra être contrôlée sans dépasser un apport quotidien de 6 g de KCl, une hyperkaliémie secondaire peut en effet apparaître.