

Recommandations / Recommendations

Recommandations pour la prescription, la réalisation et l'interprétation des examens de biologie médicale dans le cadre des intoxications graves[★]

Recommendations for the prescription, implementation and interpretation of medical examinations in biology in the context of severe poisoning

Groupe de travail pluridisciplinaire SFTA-SFBC-STC-SRLF-SFMU-CNBH « Toxicologie et biologie clinique »

Coordonnateurs : Anton Szymanowicz^{13**} et Bernard Capolaghi³

Mireille Bartoli¹, Claudette Berny², Vincent Danel⁴, Arnaud Delahaye⁵, Gérard Desch⁶, Jérôme Guitton⁷, Bruno Lacarelle⁸, Frédéric Lapostolle⁹, Daniel Mathieu¹⁰, Bruno Mégarbane¹¹, Patrick Nisse¹²

¹ Laboratoire de Pharmaco-Toxicologie, CHU Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble Cedex 9, France

² Laboratoire Biochimie-Toxicologie, CHU Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite Cedex, France

³ Laboratoire de Biochimie et toxicologie, CHR Metz-Thionville, Hôpital Bel-Air, Rue du Friscaty, 57100 Thionville, France

⁴ SAMU 38, CHU Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble Cedex 9, France

⁵ Réanimation, Centre Hospitalier Bourran, 12027 Rodez Cedex 9, France

⁶ Laboratoire de Biochimie et toxicologie, Centre Hospitalier La Durance, 205 rue Raoul Follereau, 84902 Avignon Cedex 9, France

⁷ Laboratoire de Toxicologie, CHU Lyon, ISPB-Faculté de Pharmacie, 8 avenue Rockefeller, 69373 Lyon, France

⁸ Laboratoire de Toxicologie, CHU Marseille, 264 rue Saint-Pierre, 13385 Marseille, France

⁹ SAMU 93, CHU Avicenne, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny Cedex, France

¹⁰ Réanimation et Centre Hyperbare, CHU Albert Calmette, Boulevard du Professeur J. Leclercq, 59037 Lille Cedex, France

¹¹ Réanimation, CHU Lariboisière, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris Cedex 10, France

¹² Centre Antipoison et de Toxicovigilance, CHRU Lille, 5 avenue Oscar Lambert, 59037 Lille Cedex, France

¹³ Laboratoire de Biochimie, CH Roanne, BP 511, 42328 Roanne Cedex, France

Résumé – Un groupe de travail pluridisciplinaire « Toxicologie et biologie clinique » constitué de membres appartenant à la Société française de toxicologie analytique (SFTA), à la Société française de biologie clinique (SFBC), à la Société de toxicologie clinique (STC), à la Société de réanimation de langue française (SRLF), à la Société française de médecine d'urgence (SFMU), et au Collège national de biochimie (CNBH), propose une réactualisation des recommandations de pratique professionnelle à l'attention des biologistes non spécialistes en toxicologie et plus largement de tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients gravement intoxiqués. Parmi les documents de synthèse élaborés dans la publication initiale, seul le tableau des principales intoxications graves a été réactualisé, les autres annexes demeurant toujours d'actualité. Ce tableau traite des intoxications liées à cinquante-cinq différents xénobiotiques. Il en rappelle les principaux symptômes, les paramètres biologiques marqueurs utiles de toxicité, les méthodes d'identification ou de dosage disponibles en urgence ainsi que leur pertinence et le délai recommandé de réalisation. Un consensus sur la place des examens biologiques et toxicologiques dans la prise en charge des intoxications a été recherché. Un nouveau tableau réactualise la liste des principaux antidotes utilisés. Un paragraphe sur l'intérêt et la place du criblage toxicologique a été rajouté.

Mots clés : Toxicologie, intoxication, recommandation, criblage toxicologique

* Cet article est publié en accord avec la rédaction des *Annales de Biologie Clinique* où il est paru sous la référence : Ann Biol Clin (Paris). 2012; 70: 431–450 (à mentionner lorsque l'article sera cité).

** Correspondance : Anton Szymanowicz, antonszymanowicz-chr@sfr.fr

Abstract – A multidisciplinary working group named “Toxicology and clinical biology” and whose members belong to the French Society of Clinical Biology (SFBC), Critical Care Medicine Society of French Language (SRLF), the French Society of Medical Emergency (SFMU), the French Society of Analytical Toxicology (SFTA), the Society of Clinical Toxicology (STC), and the National College of Biochemistry (CNBH) updated the professional practice recommendations published in 2003. These recommendations aimed the biologists who are not specialized in toxicology and more largely all the health professionals involved the management of severely poisoned patients. Among the data published in the initial edition, only the major table dealing with severe poisonings was updated, as all other supplements remained valid. The current revised table details poisonings due to fifty-five different xenobiotics and presents their main clinical features, useful biomarkers of toxicity, methods of identification or assays available in the emergent setting with their respective relevance and recommended delays to obtain their result. Assessments with a good agreement among the working group members regarding all laboratory issues for poisoning management are presented. A table updates the list of the main currently useful antidotes. A section on the value and place of toxicology screening was added.

Key words: Toxicology, intoxication, good laboratory practice, screening

Reçu le 24 novembre 2012, accepté après modifications le 12 décembre 2012

Publication en ligne le 12 mars 2013

1 Introduction

Au cours des dix dernières années, la toxicologie clinique a fortement évolué. Les progrès analytiques ont été considérables notamment avec le perfectionnement des techniques de chromatographie sur colonne avec détection par spectrométrie de masse. Les causes d'intoxications se sont diversifiées et les médicaments occupent aujourd'hui la première place [1–4]. L'évolution des prescriptions médicales de médicaments est significative, les benzodiazépines ont remplacé les barbituriques et le paracétamol est maintenant beaucoup plus prescrit que l'aspirine. Une nette progression de l'utilisation des produits stupéfiants, en particulier le cannabis chez les adolescents [5] est clairement identifiée et l'émergence de pathologies nouvelles liées à l'usage du cannabis chez des sujets jeunes constitue un problème majeur de santé publique [6, 7]. Le marché de la drogue est en pleine évolution et le rapport de 2011 de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) [8] identifie l'émergence rapide de nouvelles substances psychoactives non contrôlées. En ce qui concerne les progrès dans le domaine de l'analyse, ceux-ci sont tels qu'à l'heure actuelle pratiquement tous les toxiques peuvent être identifiés voire quantifiés dans les milieux biologiques [1]. Le détecteur de masse s'impose en tant que détecteur universel, qu'il soit couplé à un chromatographe en phase gazeuse (CPG-SM), ou en phase liquide (CL-SM), ou associé à un plasma à couplage inductif (ICP-SM). Ces équipements restent cependant l'apanage de laboratoires de toxicologie spécialisés. Afin de trouver un consensus dans le domaine de l'analyse toxicologique, les comités scientifiques de la Société française de toxicologie analytique (SFTA), de la Société française de biologie clinique (SFBC), la Société de toxicologie clinique (STC) ont constitué un groupe de travail associant dans cette réactualisation : la Société de réanimation de langue française (SRLF), la Société française de médecine d'urgence (SFMU), le Collège national de biochimie des hôpitaux (CNBH) et le groupement des enseignants de la toxicologie (GATOX).

Le présent document est destiné à apporter une aide méthodologique actualisée par des spécialistes de toxicologie analytique et clinique à des biologistes généralistes, notamment dans le cadre obligatoire de l'accréditation selon la norme ISO EN NF 15189. Il peut également favoriser l'harmonisation

des pratiques médicales et faciliter le nécessaire dialogue cliniciens-biologistes dans l'intérêt prioritaire du patient.

2 Matériel et méthodes

Le groupe d'experts a été constitué à partir des membres du groupe qui a préparé le document initial de recommandations de l'année 2003 [9–11] représentant la SFTA, la SFBC, et la STC. Sept de ses membres (identifiables par un astérisque dans la liste des auteurs) ont obtenu la collaboration de collègues de la SRLF, de la SFMU, du GATOX et du CNBH. Le but étant d'obtenir les points de vue de praticiens experts en toxicologie, intervenant dans diverses spécialités médicales, de biologistes hospitaliers et d'enseignants de la discipline « toxicologie ». L'expérience pratique de ces professionnels devait contribuer à définir des lignes de recommandations convaincantes et réalistes applicables sur le terrain afin d'assurer une prise en charge des patients de qualité optimale en tout point du territoire.

Le groupe de travail a ainsi déterminé la liste des documents utiles qu'il se proposait de formaliser : liste des toxiques à rechercher et/ou à doser, recommandations générales pour la prescription des examens de toxicologie et liste des antidotes utiles. Ces différents documents ont été discutés au cours d'échanges multiples. Ils sont présentés dans cet article.

Par rapport à la version de 2003 [9–11], la liste des examens de toxicologie a été profondément remaniée. L'un des apports majeurs est la hiérarchisation des délais de réponse en fonction de l'impact des résultats de ces examens sur la décision clinique. Trois niveaux ont pu ainsi être définis.

Le niveau 1 correspond à un délai court qui, dans l'idéal doit être compris entre 30 et 60 min avec l'objectif d'être au plus près possible des 30 min et si possible inférieur. Ces examens peuvent aider les cliniciens à décider immédiatement des traitements pertinents utiles à la prise en charge du patient victime d'intoxication grave.

Le niveau 2 correspond à un délai compris entre 4 et 24 h. Il s'applique à des examens de toxicologie moins fréquents (caramates, éthylène glycol ou demandant une technologie plus complexe (CL/SM ou CG/SM). L'obtention des résultats permet d'adapter la prise en charge et/ou de redresser le diagnostic initial.

Enfin, le niveau 3 correspond à un délai d'un ou plusieurs jours qui peut s'appliquer à des examens toxicologiques à but scientifique (diagnostic définitif) ou demandés dans un cadre médico-légal.

Les principales sources bibliographiques nouvelles depuis la parution de l'article de 2003 [9–11] sont peu nombreuses [4, 12–15].

La liste des antidotes est mise à jour par la SRLF et la STC d'après les recommandations des pratiques en vigueur [16].

Au cours des échanges est apparue la nécessité d'améliorer la communication envers les cliniciens sur le potentiel des nouvelles méthodes de criblage toxicologique. Dans ce but, un paragraphe y est consacré dans la section 3.

3 Résultats

Le tableau I décrit 55 examens de toxicologie rencontrés dans les intoxications aiguës. Il présente 9 entrées différentes : toxique incriminé, principaux symptômes [16], méthode d'identification, marqueurs biologiques utiles, type de prélèvement, remarques, pertinences de l'analyse pour la prise en charge du patient, suivi toxicocinétique et le délai de réponse.

Les principes fondamentaux de la prescription et de l'interprétation des résultats de toxicologie sont présentés dans l'encadré 1. Ils ont obtenu le consensus du groupe de travail. En effet, il nous a semblé important de reformuler un certain nombre de principes pour la prescription et l'interprétation des examens de toxicologie. Nous nous sommes volontairement limités à l'essentiel pour la pratique courante.

En ce qui concerne les recommandations des pratiques pré-analytiques, la totalité des points sont sans changement par rapport à l'article de 2003 et nous renvoyons le lecteur à cet article [9–11].

La liste des antidotes est formalisée dans le tableau II. Les xénobiotiques y sont classés dans l'ordre alphabétique.

La définition suivante du criblage toxicologique est proposée. Le terme criblage toxicologique recouvre une approche analytique récente très puissante (figure 1). Elle associe un chromatographe, un détecteur et un système informatique de traitement des données. Le chromatographe a pour fonction de séparer et de purifier les constituants présents dans un échantillon biologique. Cette séparation est basée sur des interactions physico-chimiques entre les composés de l'échantillon, la colonne chromatographique (phase stationnaire) et un fluide (gazeux ou liquide selon le type de chromatographie). Ce fluide, en traversant la colonne, entraîne les composés de l'échantillon. L'arrivée des composés dans le système de détection génère un signal complexe. Ce signal constitue la base de l'identification des molécules (spectres).

Le criblage toxicologique fait essentiellement appel à la chromatographie gazeuse (CG) ou à la chromatographie liquide (CL). Dans le cas de la CG, où le fluide est gazeux, les xénobiotiques à analyser doivent pouvoir être volatilisés facilement ou éventuellement avec l'aide d'une réaction de dérivation préalable. Dans le cadre du criblage toxicologique, la seule détection des composés en sortie de colonne n'est pas suffisante pour leur identification. C'est pourquoi on associe

soit un détecteur de type spectromètre de masse à la CG et la CL (CG/SM, CL/SM), soit un détecteur ultra-violet (souvent à barrettes de diodes) pour la CL (CL/BD). L'étape suivante est représentée par la comparaison, à l'aide de logiciels dédiés, entre les spectres des composés détectés dans l'échantillon et ceux enregistrés dans une bibliothèque de référence. Cette bibliothèque est constituée, selon les systèmes, d'environ 400 à 600 spectres de médicaments, de certains métabolites médicamenteux et de divers autres toxiques. Ainsi, lors d'un seul cycle opératoire, un tel système analytique a la capacité de détecter des stupéfiants ou des médicaments présents dans l'échantillon biologique parmi plusieurs dizaines de classes médicamenteuses (antidépresseurs tricycliques, antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, benzodiazépines, phénothiazines, antalgiques, anesthésiques locaux, hypoglycémisants, antiépileptiques, stupéfiants, anti-histaminiques, bêta-bloquants...).

Plus récemment, la technologie de la spectrométrie de masse en tandem (CG/SM/SM ou CL/SM/SM) a permis des progrès considérables en toxicologie analytique. Il est aujourd'hui possible d'atteindre une très grande spécificité et une sensibilité inégalée avec ces appareils apparus il y a environ 10 ans. Ils sont devenus relativement simples d'utilisation et permettent d'obtenir des résultats rapidement. Très schématiquement, le principe est le suivant : deux spectromètres de masse (SM) sont couplés entre eux, d'où le nom de spectrométrie de masse en tandem (SM/SM). Le premier spectromètre de masse sépare les ions issus de l'ionisation des molécules d'intérêt, le second les analyse. Le temps nécessaire à la réalisation d'un criblage toxicologique peut être estimé actuellement à environ deux heures en prenant en compte la totalité de l'analyse : la phase pré-analytique (centrifugation des prélèvements, phase d'extraction), l'analyse chromatographique proprement dite, et la phase d'interprétation biologique. L'implication du biologiste dans cette phase analytique est double : s'assurer de la qualité de l'analyse et procéder à l'interprétation critique des résultats obtenus à l'aide des logiciels de traitements des données. L'ensemble du processus est illustré sur la figure 1.

Les méthodes de criblage toxicologique peuvent aller au-delà de l'identification de molécules médicamenteuses ou des toxiques présents dans l'échantillon. En effet, elles peuvent également permettre une estimation des concentrations, voire une quantification précise des composés. Ces niveaux d'exigences croissants en termes de réponses sont à définir au sein de chacun des laboratoires de toxicologie en fonction d'une quantification du composé, des attentes des cliniciens, et des capacités des laboratoires (temps techniciens, encadrement biologique...). La liste présentée dans le tableau I a été proposée dans ce but.

Le criblage toxicologique n'est disponible actuellement que dans un nombre limité de laboratoires en France en raison des coûts d'investissement et des qualifications nécessaires à la fois pour les techniciens et les biologistes. Toutefois les laboratoires de centres hospitaliers universitaires et quelques laboratoires régionaux disposent des équipements nécessaires. Ces structures sont souvent en mesure de répondre aux besoins des hôpitaux périphériques de plus petite taille. Des conventions et des procédures sont utiles afin de formaliser des coopérations

Tableau I. Caractéristiques des 55 examens toxicologiques utiles dans les intoxications aiguës. Délai de réalisation : 1 = en urgence, disponible en moins d'1 heure 24 h/24, 2 = disponible dans les 24 h, 3 = selon les disponibilités du laboratoire : intérêt scientifique ou cadre médical.

No.	Toxique incriminé	Principaux symptômes	Méthode d'identification et/ou dosage	Marqueurs biologiques utiles	Type de prélèvement	Remarques	Pertinence de l'analyse pour la prise en charge du patient	Suivi toxicocinétique	Délai de réalisation :
1	Acide Valproïque	Dépression SNC Convulsions, acidose lactique, hépatotoxicité, syndrome de Reye	Dosage par IA	1. TP, INR 2. Enzymes hépatiques 3. Ammonémie 4. pH, lactates	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Valpromide et divalproate de sodium : prodrogues attention aux formes retard	Oui (pas de toxicité métabolique grave pour des concentrations <850 mg/L)	Oui	1
2	Aluminium	Encéphalopathie dialysés	Spectrophotométrie d'absorption atomique				Oui	Oui	2
3	Anticoagulants AVK ratiçide	Hémorragies	Recherche par CLHP	1. TP, INR 2. Facteurs II, VII, IX, X.	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube citrate sans gel	Baisse des facteurs en 24 h, maximum entre 48 à 72 h. Retour aux valeurs de base à 1 semaine. Superwarfarines et chlorophacinone, dépression des facteurs sur plusieurs mois. Kaskadi (PPSB) si hémorragique grave	Non sauf exception	Inutile	2
4	Antidépresseurs Tricycliques	Encéphalopathie anticholinergique, convulsions, cardiotoxicité avec effet stabilisant de membrane, hypotension artérielle, choc	Recherche par IA. Confirmation et dosage par CLHP	Kaliémie	Urine prélevée sur tube sec sans conservateur Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Mauvaise valeur prédictive des risques cardiovasculaires	Non sauf exception (si souhait de comprendre une interaction médicamenteuse ou une vulnérabilité) + penser à doser les métabolites actifs	Inutile	1 si recherche 2 si dosage ou criblage
5	Antidépresseurs non Tricycliques et non IRSS	Encéphalopathie anticholinergique, convulsions, cardiotoxicité avec effet stabilisant de membrane (pour certains)	Recherche et dosage par CLHP	Kaliémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Non mis en évidence par la recherche d'Antidépresseurs Tricycliques en IA	Non sauf exception	Inutile	2
6	Antipsychotiques classiques (butyrophenones, phénothiazines, thioxanthènes) Antipsychotiques atypiques (aripiprazole, olanzapine, clozapine, olanzapine...)	Dépression SNC, convulsions, syndrome antiparkinsonien ou anticholinergique (pour certains), cardiotoxicité à fortes doses (pour certains)	Recherche et dosage par CLHP		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Phénothiazines positivement faussement le dépistage d'antidépresseurs tricycliques	Non sauf exception	Inutile	2

Tableau I. Suite.

No.	Toxique incriminé	Principaux symptômes	Méthode d'identification et/ou dosage	Marqueurs biologiques utiles	Type de prélèvement	Remarques	Perfiance de l'analyse pour la prise en charge du patient	Suivi toxicocinétique	Délai de réalisation :
7	Antiroyelles HF (acide fluoridrique) Acide oxallique	Convulsions Troubles rythme/conduction Troubles digestifs Lésions cutanées ou digestives caustiques	Recherche par CLHP	Ca, Mg, pH, K	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné	Calcémie pour le suivi du traitement Dosage de F pour évaluer la gravité F > 1 mg/L intoxication symptomatique F > 2,5 mg/L intoxication grave F > 8 mg/L risque de décès	Non sauf exception	Inutile	2
	Barbituriques voir Phénobarbital et Thiopental								
8	Benzo-diazépines	Dépression SNC Dépression respiratoire (obstruction des voies aériennes supérieures)	Recherche par IA Confirmation et dosage par CLHP		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel Urine prélevée sur tube sec sans conservateur	Risque de faux négatif pour benzodiazépines de structure éloignée de l'anticorps antibenzodiazépine et pour zopiclone zolpidem	Non sauf exception ; intérêt du test pharmacodynamique par flumazénil, à discuter dans certaines circonstances (réponse non spécifique, contre-indications)	Inutile	1 si recherche 2 si dosage ou criblage
9	Béta Bloquants	Bradycardie Dépression SNC Hypotension artérielle, choc Dépression respiratoire	Recherche et dosage par CLHP	Attention les lactates sont moins élevés qu'avec d'autres cardiotoxiques	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Faible valeur prédictive du risque cardiovasculaire ; métabolites actifs non dosés en routine	Non sauf exception. Sur le terrain on constate cependant une demande fréquente et pressante de dosage	Inutile	2 ou 3 si dosage
10	Bromures et médicaments contenant du brome	Dépression SNC Troubles psychiatriques		Pseudo-hyperchlorémie Trou chloré		Détection précoce des intoxications par bromure et carbromal	Non sauf exception	Inutile	2
11	Carbamazépine	Dépression SNC Convulsions Troubles de conduction, effet stabilisant de membrane	Dosage par IA		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Positive faussement le test de dépistage des antidépresseurs tricycliques	Oui	Inutile (sauf si formes LP pour connaître le pic ou insuffisance rénale)	1
12	Champignons : syndrome phalloïdiens, anatoxine	Troubles digestifs Syndrome cholériforme Hépatite aiguë Encéphalopathie	Dosage par IA (alpha-amanitine)	1. TP, INR 2. LDH 3. ALAT 4. Iono glycémie lactates		Hypoglycémie Pic ALAT entre 50° et 72° hTP minimum au 5° j CIVD	Oui notamment pour le diagnostic différentiel avec hépatite mais aussi pour le diagnostic positif dès H+3 et avant l'atteinte hépatique phalloïdienne	Inutile	2

Tableau I. Suite.

No.	Toxique incriminé	Principaux symptômes	Méthode d'identification et/ou dosage	Marqueurs biologiques utiles	Type de prélèvement	Remarques	Pertinence de l'analyse pour la prise en charge du patient	Suivi toxicocinétique	Délai de réalisation :
13	Chloralose	Dépression SNC Myoclonies, convulsions État de mort apparente	Recherche réaction de Fujiwara Confirmation et dosage par CPG		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel Urine prélevée sur tube sec sans conservateur	Réaction non spécifique pour la recherche Dosage indispensable si pour diagnostic de mort cérébrale	Recherche non Dosage non sauf exception	Inutile	2 pour recherche 3 pour dosage
14	Chloroquine Hydroxy-chloroquine	Hypotension artérielle Trouble rythme/conduction Élargissement complexe QRS Arrêt circulatoire	Dosage par CLHP	Kaliémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel : préférer dosage sur sang total à plasma	Indice de gravité utile au début (11/2 : 2-6 j) risque décès faible si <10 mg/L, élevé si >10 mg/L majeur si >20 mg/L Risque corrélié à l'hypokaliémie K < 2 mmol/L en faveur du diagnostic de l'intoxication	Oui (valeur pronostique)	Inutile (sauf intoxication massive)	2
15	CO	Céphalées Troubles digestifs Perte de connaissance Dépression SNC Hypoxie anoxie Insuffisance coronarienne	Spectrophotométrie	% carboxyhémoglobine (HbCO)	Sang artériel ou veineux ou capillaire sur seringue ou tube hépariné le plus tôt possible dès la prise en charge	Résultats à interpréter en fonction du tabagisme, du délai depuis la fin de l'exposition et de la quantité d'oxygène reçue. Si intoxication certaine : oxygénothérapie immédiate	Oui, HbCO > 20 % généralement toujours symptomatique	Inutile	1
16	Colchicine	Troubles digestifs Syndrome cholériforme Hypotension artérielle, choc, cardiotoxicité Insuffisance médullaire Alopécie	Dosage CLHP	1. TP, INR, plaquettes, NFS 2. pH, bicarbonates 3. ALAT ASAT 4. BNP, troponine	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	TP < 20 % ou leucocytose >18 000 au cours des 48 h sont des signes de gravité	Non sauf exception	Inutile	3
17	Cyanures	Dépression SNC Dépression respiratoire, polypnée ou bradypnée, hypoxie/anoxie Hypotension artérielle Arrêt circulatoire	Dosage colorimétrique ou CLHP ou CPG	1. Lactates 2. Gaz du sang	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel (veineux, artériel ou capillaire)	Intoxication avérée si lactate >10 mmol/L (fumées d'incendie) ou 8 mmol/L (CN pur) correspondant à CN > 1 mg/L CN > 2,7 mg/L, risque de décès. Importance du prélèvement précoce. Suivi de l'évolution par le dosage du lactate. Dosage de la cyanocobalaminurie	Non sauf exception	Inutile	3
18	Dextropropoxyphène (commercialisation arrêtée en 2011)	Dépression SNC, convulsion, syndrome opioïde, cardiotoxicité avec effet stabilisant de membrane	Recherche par IA	Kaliémie	Urine prélevée sur tube sec sans conservateur	Non mis en évidence par la recherche opiacés en IA	Non sauf exception	Inutile	2

Tableau I. Suite.

No.	Toxique incriminé	Principaux symptômes	Méthode d'identification et/ou dosage	Marqueurs biologiques utiles	Type de prélèvement	Remarques	Pertinence de l'analyse pour la prise en charge du patient	Suivi toxicocinétique	Délai de réalisation :
19	Digoxine	Troubles digestifs Troubles rythme/conduction confusion (chez le sujet âgé)	Dosage par IA	Kaliémie, créatinine	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	K > 4.5 mmol/L, âge > 55 ans, sexe masculin, ATD cardiovasculaires Trouble de conduction a-v sont des facteurs aggravants Après injection de Fab, risque d'interférences Inutile après l'administration d'anticorps Fab antidigoxine car nécessité de mesurer la fraction libre	Oui pour le diagnostic de surdosage et pour le calcul des doses d'antidote ; mais pas de valeur prédictive du risque cardiaque	Inutile (sauf intoxication massive ou après neutralisation en présence d'une insuffisance rénale anurique)	1
20	Éthanol	Ébriété dépression SNC Hypotension artérielle Hypothermie	Dosage par enzymologie ou par CPG	Glycémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Indispensable si diagnostic de mort cérébrale	Si ivresse pathologique ou compliquée	Inutile	1
21	Éthylène glycol	Ébriété (modérée) polypnée dépression SNC Convulsion Insuffisance rénale aiguë	Dosage par enzymologie ou CPG	1. pH, bicarbonates, calcium 2. Trou anionique, lactates Trou osmolaire 3. Créatinine	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Acidose métabolique avec trou anionique Dosage ac glycolique et ac oxalique par enzymologie Rechercher le métabolite (acide glycolique) ou cristaux d'oxalate de calcium urinaire en cas de prélèvement tardif	Oui	A discuter (pour indiquer la réadmission-traitement de l'antidote ou confirmer l'épuration complète en cas d'EER)	2
22	Fer	Troubles digestifs Lésion digestives causiques Hypotension artérielle Insuffisance rénale aiguë	Dosage colorimétrique	Glycémie Leucocytose, pH, lactate, urée, créatinine, TP, ASAT-ALAT	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel		Oui (mais faible valeur pronostique ; préférer la dose ingérée)	Inutile	1
23	Héparine et dérivés	Hémorragies	Héparinémie	1. TCA 2. NFP	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube citraté		Oui	Oui	1
24	Hypoglycémiantes Biguanides (metformine)	Malaise, Perte de connaissance, troubles digestifs Hypotension, choc, défaillance multiviscérale Insuffisance rénale aiguë	Recherche et dosage par CLHP	1. pH - bicarbonates, trou anionique - Lactates 2. TP, INR, créatininémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Acidose lactique généralement importante chez un diabétique non insulino-dépendant à la suite d'une pathologie intercurrente (sepsis) ou d'une déshydratation, prise d'un AINS, injection d'iode...	Oui pour la metformine + guide durée EER	Inutile	2

Tableau I. Suite.

No.	Toxique incriminé	Principaux symptômes	Méthode d'identification et/ou dosage	Marqueurs biologiques utiles	Type de prélèvement	Remarques	Pertinence de l'analyse pour la prise en charge du patient	Suivi toxicocinétique	Délai de réalisation :
25	Hypoglycémiant sulfamides Hypoglycémiant glinides	Hypoglycémie, dépression SNC Perte de connaissance Convulsion	Recherche et dosage par CLHP	Glycémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel		Non sauf exception	Inutile	3
26	Inhibiteurs calciques	Hypotension artérielle, choc Trouble rythme/conduction Arrêt circulatoire	Dosage CLHP, CPG	Glycémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Valeur pronostique pour la vérapamilémie ; métabolites actifs (norvérapamil)	Oui	Inutile	2
27	Insuline	Hypoglycémie, dépression SNC Perte de connaissance Convulsions	Dosage par IA	Insuline Glycémie Kalémie Peptide C	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Diagnostic différentiel entre insulinoïme et hypoglycémie factice par administration exogène d'insuline par le dosage simultané d'insuline et peptide C	Non sauf exception	Inutile	3
28	IRSS (venlafaxine...)	Somnolence, convulsions, myoclonies, syndrome sérotoninergique tachycardie, hypotension hyponatrémie	Recherche et dosage par CLHP	Natrémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Attention aux formes LP de venlafaxine avec toxicité décalée par rapport à l'admission (dosage alors intéressant pour déterminer le pic)	Non sauf exception	Inutile sauf exception (ingestion massive de venlafaxine LP)	2
29	Isopropanol	Ébriété Dépression SNC	Dosage par CPG	Osmolarité Cétonurie (bandelette)	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube ou seringue hépariné sans gel		Non sauf exception	Inutile	2
30	Lithium	Dépression SNC Tremblements, myoclonies	Dosage par spectrométrie de flamme ou colorimétrie ou potentiométrie	Créatininémie, natrémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube héparinate de sodium sans gel	Attention : ne pas prélever sur héparinate de lithium Attention aux formes retard, lithium intrahéparinate d'intérêt discutabile Mauvaise corrélation entre la lithémie et la gravité clinique	Oui	À discuter (ingestion massive, insuffisance rénale aiguë, EER...)	1
31	Méprobamate (arrêt de commercialisation de mépronizine et équival comprimés au 10/01/2012 (AFSSAPS))	Dépression SNC Hypotension artérielle, choc État de mort apparente	Dosage par CPG ou colorimétrie		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Dosage indispensable si diagnostic de mort cérébrale	Non sauf exception Oui en réanimation	À discuter (si formes massives, absorption digestive prolongée)	2
32	Mercur	Syndrome dysentérique Insuffisance rénale Dépression SNC	Spectrophotométrie d'absorption atomique			Mercur sur sang total Mercur urinaire	Non sauf exception	À discuter	2
33	Méthanol	Ébriété, polypnée, dépression SNC, troubles visuels, convulsions	Dosage par enzymologie ou par CPG	1. pH, bicarbonates, 2. Trou anionique, Lactates Trou osmolaire	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Rechercher le métabolite (acide formique) en cas de prélèvement tardif	Oui	À discuter	2

Tableau I. Suite.

No.	Toxique incriminé	Principaux symptômes	Méthode d'identification et/ou dosage	Marqueurs biologiques utiles	Type de prélèvement	Remarques	Pertinence de l'analyse pour la prise en charge du patient	Suivi toxicocinétique	Délai de réalisation :
34	Méthémo-globinésants	Cyanose, Troubles respiratoires Hypoxie/anoxie	Dosage spectrophotométrique de méthémoglobine	Méthémoglobine en % d'Hb totale, en cas de risque d'hémolyse intravasculaire (selon les toxiques) : haptoglobine, LDH, ASAT, bilirubine	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Oui pour le dosage de méthémoglobine Non sauf exception pour les méthémoglobinisants	À discuter	1	
35	Méthotrexate	Troubles digestifs, Insuffisance médullaire	Dosage IA, EMIT, HPLC	NFS, plaquettes	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Oui	À discuter	2	
36	Opioides de synthèse fentanyl, tramadol,	Dépression SNC, syndrome opioïde, convulsions	Recherche et dosage par CLHP ou CPG		Urine prélevée sur tube sec sans conservateur	Non mis en évidence par la recherche opiacés en IA	Non sauf exception	Inutile	2
37	Organophosphorés pesticides et neurotoxiques	Syndrome muscarinique, Dépression SNC Syndrome nicotinique	Dosage par CLHP	Cholinestérases sériques et érythrocytaires Phosphore plasmatique	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Différencier pesticides organophosphorés et pesticides carbamates	Non sauf exception	Inutile	2 (Choline-estérase) 3 (Organo-phosphorés)
38	Paracétamol	Troubles digestifs Hépatite cytolitique aiguë, insuffisance hépatique	Dosage par IA	1. TP, INR 2. ASAT, ALAT, Iono, pH, lactate	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Dosage au moins 4 heures après l'ingestion Nomogramme de Rumack ou calcul de la demi-vie.	Oui	Inutile (sauf ingestions massives, ralentisseurs du transit, terrain particulier)	1
39	Parquat (retiré du commerce)	Troubles digestifs Hypotension artérielle Œdème pulmonaire Hypoxie/anoxie Défaillance multiviscérale	Recherche par le test au dithionite dans le liquide gastrique, les selles ou les urines Dosage par CLHP	Urée, créatinine, ASAT, ALAT, TP, INR	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Courbes pronostiques de Proudfoot (sang >2 mg/L à H+4) et Scherrmann (urines >0.5 mg/L) = risque de décès	Oui	À discuter	2
40	Phénobarbital	Dépression SNC Dépression respiratoire Hypothermie	Dosage par IA		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Dosage indispensable si diagnostic de mort cérébrale	Oui	Oui	1
41	Phénytoïne	Dépression SNC Convulsion Cardiotoxicité	Dosage par IA		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Non sauf exception	Non sauf exception	Inutile	2
42	Plomb	Syndrome dysentérique Encéphalopathie	Dosage par spectrophotométrie d'absorption	Acide delta-aminolévulinique (u) Protoporphyryne zinc (sang)		Oui car c'est sur la plombémie que se décide la chélation	Oui car c'est sur la plombémie que se décide la chélation	Inutile	2

Tableau I. Suite.

No.	Toxique incriminé	Principaux symptômes	Méthode d'identification et/ou dosage	Marqueurs biologiques utiles	Type de prélèvement	Remarques	Pertinence de l'analyse pour la prise en charge du patient	Suivi toxicocinétique	Décalage de réalisation :
43	Salicylés	Troubles digestifs Dyspnée/polypnée Bourdonnements d'oreille, Dépression SNC, convulsions Déshydratation, insuffisance rénale aiguë Dépression SNC	Dosage colorimétrique, ou par IA, HPLC	Gaz du sang, Kaliémie, Glycémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Nomogramme de Done (chez l'enfant)	Oui (valeur pronostique, indication d'EER)	A discuter	1
44	Solvants chlorés	Troubles rythme/conduction Hypotension artérielle	Recherche réaction de Fujiwara Dosage par CPG		Urine prélevée sur tube sec sans conservateur	Réaction non spécifique Mise en évidence des métabolites dans les urines	Non sauf exception	Inutile	2
45	Théophylline	Syndrome adrénergique Convulsions Trouble du rythme	Dosage par IA	Kaliémie	Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Bonne valeur pronostique	Oui	Inutile	1
46	Thiopental	Dépression SNC Dépression respiratoire Hypothermie Etat de mort apparente	Dosage par CLHP ou CPG		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Dosage indispensable si diagnostic de mort cérébrale	Oui	Oui	2
47	Zolpidem, Zopiclone	Dépression SNC, Dépression respiratoire (obstruction des voies aériennes supérieures)	Recherche et dosage par CLHP		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Non mis en évidence par la recherche de benzodiazépines en IA	Non sauf exception	Inutile	2
Stupéfiants :									
48	Amphétamine, métamphétamine ecstasy (MDMA, MDA)	Mydriase, Troubles cardiaques, Dépression SNC, Agitation, convulsions, Hyperthermie, Déshydratation	Recherche par IA (u) Dosage CLHP, CPG (s)	Natrémie	Urine prélevée sur tube sec sans conservateur Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Risque de faux positif avec les anorexigènes, l'éphédrine Nouvelles amphétamines non détectées	Oui (recherche) Non sauf exception (dosage)	Inutile	1
49	Cannabis	Euphorie/angoisse/ confusion Hypotension orthostatique Hyperhémie conjonctivale	Recherche par IA (u) Dosage par CPG (s)		Urine prélevée sur tube sec sans conservateur Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Risque de faux positif avec AINS	Oui (recherche) Non sauf exception (dosage)	Inutile	1
50	Cocaïne	Mydriase, Troubles cardiaques, Dépression SNC, Agitation, convulsions	Recherche par IA (u) Dosage CLHP, CPG (s)		Urine prélevée sur tube sec sans conservateur Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Nombreux métabolites actifs : cocaéthylène si co-consommation d'éthanol	Oui (recherche) Non sauf exception (dosage)	Inutile	1

Tableau I. Suite.

No.	Toxique incriminé	Principaux symptômes	Méthode d'identification et/ou dosage	Marqueurs biologiques utiles	Type de prélèvement	Remarques	Pertinence de l'analyse pour la prise en charge du patient	Suivi toxicocinétique	Délai de réalisation :
51	Opiacés morphine, codéine, codéthylène, pholcodine, 6 mono-acétyl morphine (héroïne), dihydrocodéine	Myosis, Dépression SNC, bradypnée, Dépression respiratoire	Recherche par IA (u) Dosage CLHP, CPG (s)		Urine prélevée sur tube sec sans conservateur Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Opiacés de synthèse non reconnus buprenorphine dextropropoxyphène, fentanyl, méthadone, tramadol...	Oui (recherche) Non sauf exception (dosage)	Inutile	1
52	Buprénorphine	Myosis, Dépression SNC, bradypnée, Dépression respiratoire	Recherche par IA (u) Dosage CLHP, CPG (s)		Urine prélevée sur tube sec sans conservateur Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Non mis en évidence par la recherche opiacés en IA, métabolite (norbuprénorphine) toxique	Oui (recherche) Non sauf exception (dosage)	Inutile	2
53	Méthadone	Myosis, Dépression SNC, bradypnée, Dépression respiratoire	Recherche par IA (u) Dosage CLHP (s)		Urine prélevée sur tube sec sans conservateur Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel	Non mis en évidence par la recherche opiacés en IA	Oui (recherche) Non sauf exception (dosage)	Inutile	2
54	LSD	Confusion, délire	Recherche par IA (u) Dosage CLHP, CPG (s)		Urine prélevée sur tube sec sans conservateur Sang prélevé le plus précocement possible sur tube hépariné sans gel		Oui (recherche) Non sauf exception (dosage)	Inutile	3
55	GHB (GBL : précurseur)	Coma, dépression respiratoire	Recherche et dosage par CPG		Sang prélevé le plus précocement possible sur tube EDTA	La GBL n'est jamais retrouvée car trop rapidement métabolisée <i>in corpore</i> en GHB	Non sauf exception (coma inexpliqué, soumission chimique)	Inutile	3

Tableau II. Principaux traitements et antidotes (DCI = dénomination commune internationale).

Toxiques ou médicament	Traitements ou antidotes	
	Principe actif/DCI	Nom commercial
Acide acétylsalicylique, phénobarbital	Bicarbonate de sodium (diurèse alcaline)	Bicarbonate de sodium en soluté inj. isotonique
Acide fluorhydrique, fluorure d'ammonium, fluorures, acide oxalique (ex. : antirouille, produits décapants...) Inhibiteurs calciques	Calcium	Chlorure ou gluconate de calcium (amp.inj.)
Acide valproïque	L-carnitine	Lévocarnil®
Amanite phalloïde	Silibinine	Légalon SI® (ATU) (Silymarine = silybine + silydianine + silychristine)
Arsenic, sels d'or, mercure, métaux lourds (plomb...)	Dimercaprol	BAL®
Atropine, belladone, datura, scopolamine	Physostigmine	Anticholium®
AVK et raticides de type AVK	Phytomenadione et/ou PPSB	Vitamine K1 et/ou Kaskadil®
Benzodiazépines	Flumazénil (attention aux contre-indications)	Anexate®
Bêta-adrénergiques (ex. : théophylline, thyroxine, trichloréthylène...) avec signes d'hyperadrénergie	Propranolol	Avlocardyl®
Bêta-bloquants	Dobutamine, adrénaline Isoprénaline (antidote spécifique à préférer pour le sotatol en raison de l'allongement du QT et du risque de torsade de point ; mais risque de vasoplégie) Glucagon	Dobutex® Isuprel® Glucagen®
Bloqueurs des canaux sodiques ou toxiques avec effet stabilisant de membrane (ex. : antidépresseurs tricycliques, chloroquine, dextropropoxyphène...)	Bicarbonate de sodium	Bicarbonate de sodium en soluté injectable molaire
Bromures, lithium	Chlorure de sodium	Solutés ou ampoules inj. de chlorure de sodium
Chloroquine, toxiques convulsivants	Diazépam	Valium® ou diazépam générique (Renaudin)
Cuivre (+/- nombreux métaux lourds : Pb, Fe, Hg, Zn, As)	D-pénicillamine	Trovolol®
Cyanures	Hydroxocobalamine, EDTA dicobaltique (plus toxique que l'hydroxocobalamine)	Cyanokit Kelocyanor®
Digitaliques (digoxine, Laurier rose, Digitale pourpre)	Fragments Fab d'ac.anti-digitaliques	DIGIFA® 40 mg Digibind®
Fer, aluminium	Desféroxamine	Desféral®
Héparine et dérivé	Sulfate de protamine	Protamine Choa®
Insuline, sulfamides hypoglycémiants	Glucose Glucagon	Solutés injectables de glucose
Isoniazide (INH), gyromitre (champignon)	Pyridoxime (chlorhydrate)	Bécilan®, Vitamine B6, Pyridoxime...

Tableau II. Suite.

Toxiques ou médicament	Traitements ou antidotes	
	Principe actif/DCI	Nom commercial
Lidocaïne et autres anesthésiques locaux de type amide ou lipophiles À tester pour certains cardiotoxiques (bupropion, vérapamil, imipramine...)	Émulsion lipidique	Intralipide® Médialipide®...
Mercure, plomb, arsenic	DMSA : acide 2,3-dimercaptosuccinique/Succimer	Succicaptal®
Méthanol, éthylène glycol (...glycols)	4-méthylpyrazole ou éthanol	Fomépipzole AP-HP®
Méthémoglobinisants	Chlorure de Méthylthionium (Bleu de méthylène)	Méthylthionium chlorure Proveblue® (amp. inj.)
Méthotrexate et antifoliques	Acide folinique Glucarpidase	Folinate de calcium® Voraxaze® (ATU)
Monoxyde de carbone (CO), cyanures	Oxygénothérapie normo ou hyperbare selon la sévérité ou le terrain	Oxygène médical
Opioïdes	Naloxone	Narcan® Nalone®
Organophosphorés et autres anticholinestérasiques : carbamates	Atropine Pralidoxime (si aldicarbe seulement)	Sulfate d'atropine Contrathion®
Paracétamol (nomogramme de Rumack), sels d'argent et de mercure	N-acétyl cystéine	Fluimucil® ou Acétylcysteine générique
Plomb, sels de plomb, cadmium, cobalt	EDTA/Calcitétracémate disodique	Calcium édétate de sodium® SERB
Sulfamides hypoglycémisants	Glucose, Octréotide	Sandostatine® ou octréotide générique
Syndrome malin des neuroleptique	Dantrolène	Dantrium®
Thallium, césium	Ferricyanure ferrique/hexacyanoferrate ferrique (Bleu de Prusse)	Radiogardase®
Toxines botuliques (Botulisme : Clostridium Botulinum)	Immunsérums anti toxines botuliques équines de types A, B et E	Botulism antitoxin Behring® (ATU) Solution pour perfusion
Venin de vipères	Immunoglobulines anti-venin de vipères	Viperfav®

en vue d'obtenir une disponibilité optimale pour la réalisation de ces examens spécialisés.

4 Discussion

Un rapport d'experts fait à la demande de l'Afssaps a permis de donner une définition des critères de gravité d'une intoxication médicamenteuse [17]. D'une part, dans le cadre de cette définition, le groupe a proposé l'ajout de cinq molécules ou familles pharmacologiques dans la liste des toxiques présentant un potentiel de gravité : dextropropoxyphène (bien que sa commercialisation soit arrêtée en 2011), inhibiteurs calciques, inhibiteur de recapture spécifique de la sérotonine (IRSS), opioïdes de synthèses et zolpidem, zopiclone en raison de la fréquence relative des situations d'intoxications graves rencontrées. D'autre part, quelques marqueurs biologiques utiles ont été rajoutés :

- kaliémie pour les intoxications aux antidépresseurs tricycliques,

- glycémie pour celles aux inhibiteurs calciques,
- créatinine pour celles aux digitaliques,
- taux de prothrombine et transaminases pour celles aux sels de fer,
- insuline dans ses mésusages,
- cétonurie pour l'intoxication par l'isopropanol,
- créatininémie et natrémie pour les intoxications par le lithium,
- bilan d'hémolyse intravasculaire en cas d'intoxication par certains méthémoglobinisants,
- phosphorémie pour les intoxications par pesticides organophosphorés,
- kaliémie et glycémie pour l'intoxication aux salicylés,
- natrémie pour celles provoquées par les amphétamines.

Un des éléments les plus innovants dégagé dans ce travail porte sur l'accord de dix-neuf molécules ou examens marqueurs de toxicité qui ont été retenus pour le niveau de délai de réalisation le plus court (délai 1). *A priori*, la majorité, voire la totalité des laboratoires hospitaliers, doit être en mesure de répondre à

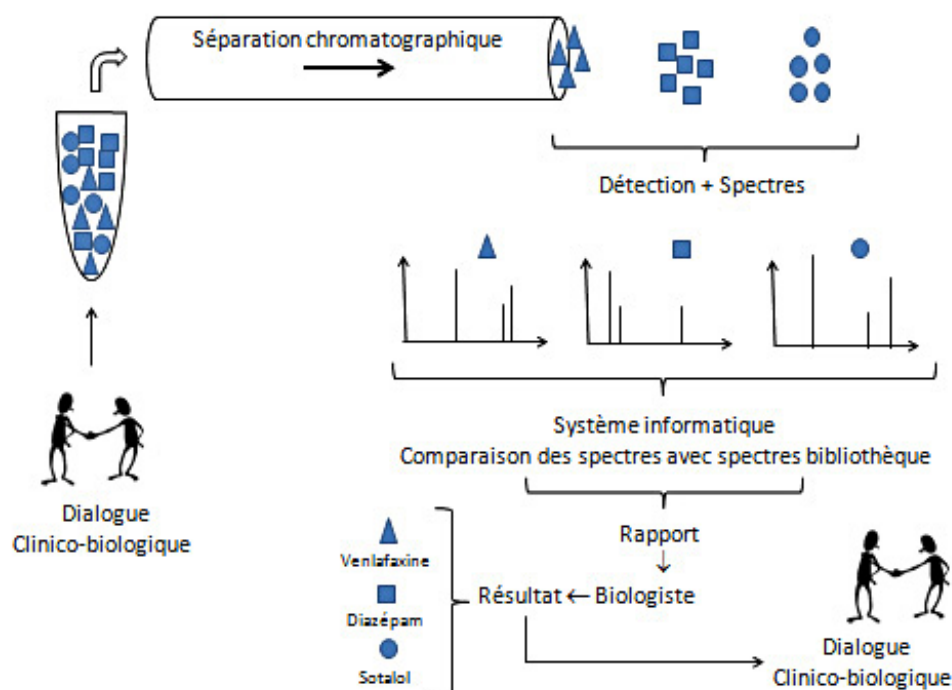


Fig. 1. Schéma du processus de criblage en toxicologie.

cette recommandation. Pour les examens plus spécialisés ou plus rares correspondant au délai de réponse compris entre quatre et vingt-quatre heures, la plupart des laboratoires de toxicologie des centres hospitaliers universitaires et les laboratoires de grands hôpitaux régionaux devraient être en capacité de l'appliquer. Bien évidemment, plus le délai de réponse sera court, meilleur sera le service rendu au patient.

Concernant l'indication du criblage toxicologique, les cliniciens se sont montrés réservés sur l'utilisation systématique de ce type d'examens et proposent une réponse selon les situations cliniques (voir l'encadré 1, point 4 des recommandations). Les échanges au niveau du groupe de travail ont montré la diversité des pratiques professionnelles qui sont exercées dans les centres hospitaliers. D'une manière plus générale, il existe un écart important entre le potentiel analytique des techniques de criblage actuelles et leur utilisation par les toxicologues cliniciens. La raison en est certainement un déficit d'information et/ou de communication de la part des toxicologues analystes. Par conséquent, il a été convenu qu'un protocole d'étude prospective sera formalisé afin de répondre à deux questions : (i) Quel est le bénéfice pour le patient de la mise en œuvre plus systématique des techniques de criblage dans les intoxications graves ? (ii) Quelles sont en priorité les familles pharmacologiques qui nécessitent un criblage quantitatif utile aux patients ? Une hiérarchisation des priorités pourrait fort utilement se dégager à la suite des résultats du protocole qui seront obtenus.

En ce qui concerne les conditions pré-analytiques à respecter pour les examens, que ce soit en toxicologie médicale ou médico-légale, il n'y a aucun changement par rapport aux recommandations de 2003 [9-11]. Il nous semble cependant

que ces recommandations ont besoin, dans le cadre de l'accréditation, de s'appuyer plus systématiquement sur des études formelles.

5 Conclusion

Des praticiens de terrain connaissant bien la toxicologie – biologistes d'horizons variés, médecins urgentistes, réanimateurs et médecins des centres antipoison – ont mis en commun leur expérience pratique pour la réactualisation des examens de toxicologie utiles pour la prise en charge d'une intoxication grave. Les échanges entre les participants ont été très riches et les débats entre biologistes et cliniciens constructifs. Cette méthode de travail s'est révélée particulièrement fructueuse. Il est nécessaire qu'elle soit reproduite dans chaque hôpital en s'appuyant sur les documents qui sont proposés dans cet article. En effet, ces documents mis à jour ou élaborés par le groupe permettent de livrer l'essentiel des informations utiles à la fois au clinicien et au biologiste généraliste.

Lorsque ceux-ci sont confrontés à une situation d'urgence, ils peuvent ainsi disposer des premières informations actualisées indispensables pour une prise en charge optimale des patients. Le groupe a respecté son engagement de 2003 d'une mise à jour de ces documents en fonction des évolutions de la toxicologie analytique et des nouvelles recommandations pour la prise en charge clinique des patients victimes d'intoxication. En complément, au plan méthodologique, ces éléments doivent aider les biologistes dans leur démarche d'accréditation selon la norme ISO 15189. En effet celle-ci revêt un caractère obligatoire qui sera opposable au 1^{er} novembre 2016.

Encadré 1 : Principes généraux de prescription et d'interprétation des examens toxicologiques.

1- L'approche clinique incluant l'anamnèse, l'examen clinique (recherche de toxidromes), l'électrocardiogramme et une biologie de base minimale sont indispensables et le plus souvent suffisants dans la démarche de mise en cause d'un toxique. Par conséquent, l'analyse biologique prévaut sur l'analyse toxicologique car elle permet d'évaluer rapidement la sévérité de l'intoxication [2, 12, 13].

2- Le diagnostic d'intoxication ne peut être retenu que si toute cause non toxique a été formellement éliminée.

3- Les examens toxicologiques ont évolué. Après l'approche immunologique utilisant la reconnaissance par un anticorps d'une molécule ciblée ou d'une classe de molécules [18, 19], il est de plus en plus possible d'utiliser l'approche séparative de la chromatographie gazeuse ou liquide, cette dernière associée à une détection par spectrométrie de masse ou d'absorption UV permet de séparer, d'identifier et de quantifier un large éventail de molécules (criblage toxicologique).

4- Le criblage toxicologique ne doit être mis en œuvre que pour les patients dont l'évolution clinique et les examens complémentaires sont incompatibles avec l'anamnèse et le toxidrome initial, notamment en cas de défaillance cardio-circulatoire ou de coma inexplicables, ce d'autant plus s'il existe des convulsions.

5- Le dialogue est indispensable entre le clinicien et le biologiste, notamment pour établir une liste d'examens toxicologiques à effectuer en urgence, dans des délais compatibles avec les guides de pratiques cliniques ; de même, il est souhaitable, lors de la demande de l'examen de toxicologie, que le médecin communique avec le biologiste sur la situation clinique du patient, les produits suspects ingérés, le traitement habituel du patient et celui mis en place dans sa prise en charge actuelle [20].

6- Toute demande doit être sélective, motivée et accompagnée de données cliniques pertinentes. Le choix peut être orienté par les toxidromes et les éventuelles perturbations biologiques. Les dosages ciblés de toxiques ont pour objet de :

- Confirmer une intoxication suspectée (ex. : paracétamol, digoxine...)
- Exclure une hypothèse toxique : diagnostic différentiel (ex. : surdosage par un antiépileptique en cas de coma...)
- Évaluer la gravité, déterminer le pronostic et guider le traitement dans le cas d'une intoxication avérée (ex. : paracétamol, acide valproïque, flécaïne, vérapamil, paraquat...)
- Surveiller et réévaluer le traitement (ex. : acide valproïque, lithium...)

7- Les prélèvements d'échantillons à visée conservatoire (sang et urines) doivent être systématiques dès la prise en charge du patient victime d'une intoxication (Biothèque). Leur analyse ne sera pas systématique mais dépendra du contexte et de l'évolution clinique. Dans tous les cas, il est recommandé de conserver les échantillons au moins une semaine. Les analyses réalisées dans un but médical et scientifique pour compléter le dossier du patient ne doivent pas être réalisées en urgence.

8- L'interprétation des résultats des analyses toxicologiques doit rester prudente [21]. La positivité d'un dépistage confirme l'exposition au médicament mais pas l'intoxication et n'exclut pas la prise d'un autre toxique non recherché. La négativité, quant à elle, n'exclut pas l'intoxication [22].

9- Pour l'interprétation correcte d'un résultat qualitatif ou quantitatif d'examen toxicologique, il est important de connaître les limites de la méthode utilisée (sensibilité/spécificité), la pharmacocinétique du toxique et ses effets en fonction de l'âge (pédiatrie, gériatrie) ou de certains terrains particuliers [22], ainsi que les autres molécules associées.

Le recours à une méthode de référence par chromatographie couplée à une détection spectrométrique de masse doit être mis en œuvre chaque fois que nécessaire à l'initiative du biologiste et après concertation du clinicien (recherche du bénéfice pour le patient).

10- Les professionnels doivent rester à l'écoute de l'évolution des comportements des patients, de la disponibilité des produits dangereux et des progrès analytiques en toxicologie.

Conflits d'intérêts : Tous les membres du groupe déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Goullé JP, Lacroix C. L'analyse toxicologique à l'aube du 3^e millénaire. *Ann Biol Clin.* 2001; 59: 605–612.
2. Mégarbane B, Baud F. Intoxications aiguës médicamenteuses. *Encycl Med Chir Toxicol Pathol Prof.* 2002; 16-001-G-10: 1-31.
3. Danel V. Actualité des traitements en toxicologie. 9^e Congrès annuel de la société française de toxicologie analytique. La Clusaz, 12–16 mars 2001.
4. Villa A, Cochet A, Guyodo G. Les intoxications signalées aux centres antipoison français en 2006. *Rev Prat.* 2008; 58: 825–831.
5. Documents consultés sur le site Office Français des drogues et toxicomanies www.drogues.gouv.fr le 10 octobre 2011.
6. Chamayou J. Les dangers du Haschich : les dernières découvertes scientifiques sur le cannabis. Thèse de Médecine. Rouen, 2002.
7. Document consulté sur le site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22007163> le 10 octobre 2011.
8. Document consulté sur le site <http://www.laurent-mucchielli.org/index.php?post/2011/11/18/Rapport-annuel-2011-de-l-OEDT-sur-la-drogue-en-Europe> le 10 octobre 2011.
9. Goullé JP, Lhermitte M, Bartoli M, Boyer JC, Capolaghi B, Charlier C, Danel V, Desch G, Feuillu A, Flouvat B, Mathieu D, Nisse P, Sadeg N, Szymanowicz A. Biomarqueurs de toxicité et anomalies métaboliques dans les principales intoxications graves. Symptomatology clinique et toxique. Le prélèvement conservatoire. *Ann Biol Clin.* 2003; 61: 421–433.

10. Goullé JP, Lhermitte M, Bartoli M, Boyer JC, Capolaghi B, Charlier C, Danel V, Desch G, Feuillu A, Flouvat B, Mathieu D, Nisse P, Sadeg N, Szymanowicz A. Biomarqueurs de toxicité et anomalies métaboliques dans les principales intoxications graves. Symptomatologie clinique et toxique. Le prélèvement conservatoire. *Infotox*. 2002; 16: 1–12.
11. Goullé JP, Lhermitte M, Bartoli M, Boyer JC, Capolaghi B, Charlier C, Danel V, Desch G, Feuillu A, Flouvat B, Mathieu D, Nisse P, Sadeg N, Szymanowicz A. Biomarqueurs de toxicité et anomalies métaboliques dans les principales intoxications graves. Symptomatologie clinique et toxique. Le prélèvement conservatoire. *Ann Toxicol Anal*. 2003; 3: 208–220.
12. Goullé JP, Sausseureau E, Lacroix C. Analyse toxicologique en urgence. In: Danel V et Mégarbane B. (Eds.). *Urgences toxicologiques de l'adulte*. Rueil-Malmaison : Arnette. 2009; 32–37.
13. Mégarbane B, Donetti L, Blanc T, Chéron G, Jacobs F, Groupe d'experts de la SRLF. Intoxications graves par médicaments et substances illicites en réanimation. *Rev Prat*. 2008; 58(8): 871–881.
14. Alapat PM, Zimmerman JL. Toxicology in critical care unit. *Chest*. 2008; 133: 1006–1013.
15. Osterloh JD, Haller CA. Laboratory diagnoses and drug screening. In Haddad and Winchester's clinical management of poisoning and drug overdose. Chapter 3. Philadelphia: Saunders-Elsevier 4th Edition 2007; 63–80.
16. Mégarbane B, Fortin JL, Hachelaf M, au nom de la Société de réanimation de langue française. *Manuel de Toxicologie en réanimation*. Paris : Elsevier Masson, Collection Réanimation, 2011.
17. Document consulté sur le site http://www.centres-antipoison.net/CCTV/definition_criteres_gravite_2008.pdf le 10 octobre 2011.
18. Labat L, Deveaux M. Immunoanalyse et toxicologie. *Ann Toxicol Anal*. 2009; 21(1): 1–2.
19. Brunet B, Venisse N, Papet Y, Mura P. Pertinence de l'immunochimie pour les services d'urgence hospitalière. *Ann Toxicol Anal*. 2009; 21(1): 37–43.
20. Vincent F, Danel V. Quelle collaboration clinico-biologique pour la prise en charge des intoxications aiguës. *Ann Toxicol Anal*. 2000; 12(4): 267–273.
21. Heyerdahl F, Hovda KE, Bjornaas MA, Brors O, Ekerberg O, Jacobsen D. Clinical assessment to laboratory screening in acutely poisoned patients. *Hum Exp Toxicol*. 2008; 27: 73–79.
22. Gennai S, Saviuc P, Carpentier F. Difficultés diagnostiques d'une intoxication médicamenteuse aiguë volontaire. *Journal Européen des Urgences*. 2009; 22(2): 55–57.