

## **Cas clinique toxicologie**

Une patiente de 36 ans est admise dans le Service des Urgences alors qu'elle erre sur la voie publique.

Dans ses antécédents, on retient une toxicomanie à l'héroïne substituée (méthadone), une hépatite C, une tentative d'autolyse à l'ammoniaque, deux césariennes et une fausse couche. Elle ne consomme pas d'alcool.

Aux urgences, la patiente se plaint de douleurs abdominales et signale qu'elle a vomi. Elle a arrêté la méthadone et consommerait du lorazépam® 2,5 mg. L'examen physique est sans particularité, l'ECG est normal. Il existe une légère cytolysse (ASAT 58U/l (N < 32) - ALAT 47U/l (N < 34)). Elle est hospitalisée dans l'attente d'une consultation psychiatrique. Un IPP et des benzodiazépines lui sont prescrits. La douleur épigastrique se majore dans les 24 heures de l'admission et devient le symptôme principal. La jeune femme signale ne plus rien pouvoir avaler.

Vu l'apparition de la cytolysse, et dans le but d'exclure une colique hépatique, une prise de sang de contrôle est réalisée. Celle-ci met en évidence une insuffisance hépatique dont la sévérité est inattendue : ASAT 7038 U/l (N < 32), ALAT 6858 U/l (N < 34), Gamma GT 109 U/l (N 5-36), LDH 4672 U/l (N < 24), P.alc.143 U/l (N 35-105), bilirubine totale 3,4 mg/dl (N 0,2 -1,2), créatinine 0,9 mg/dl (N < 0,9), plaquettes 174 (N 179-440), glycémie 66 mg/dl (N 70-100), pH 7,45, lactate 4,8 mEq/l (N 0,5-2,2). L'anamnèse ne permet pas d'incriminer la prise de médicaments. La recherche de méthadone dans les urines est négative.

**Question 1 : Quel(s) médicament(s) pouvez-vous incriminer sur les valeurs élevées d'ALAT et d'ASAT ?**

Le dosage du médicament incriminé est réalisé sur une prise de sang à l'admission. La valeur est de 103,1 mg/l (N 10-20). Ce résultat confirme l'hypothèse de surdosage médicamenteux. L'échographie et le doppler hépatique sont normaux.

**Question 2 : Quels sont les critères positifs et négatifs présents dans ce cas clinique compatibles avec une telle étiologie médicamenteuse ?**

**Question 3 : Quels sont les mécanismes d'action toxiques de cette molécule ?**

**Question 4 : Quels sont les facteurs de risque existant chez cette patiente ?**

**Question 5 : Comme il pourrait s'agir d'une ingestion aiguë rapprochée ou d'administrations répétées de fortes doses et le délai entre l'ingestion et le prélèvement sanguin est probablement supérieur à 10 heures, que vous propose le laboratoire pour estimer la gravité réelle de l'intoxication ?**

**Question 6 : Quels sont les traitements de cette intoxication ?**

		note	cumul
Question 1	Paracetamol / acetaminophene	6	6
Question 2	Symptômes de l'intoxication frustes voire inexistantes	2	
	Symptômes digestifs fugaces,	2	
	Douleur abdominale,	2	
	Troubles de la coagulation.	2	
	Il n'y a pas de signe d'encéphalopathie (ammonium sanguin à 46 $\mu\text{mol/l}$ (n 11-51), Il n'y a pas d'atteinte rénale.	2	18
Question 3	Formation d'un métabolite cytotoxique	2	
	Nom exact = NABBQI	2	
	Nécrose centrolobulaire	2	
	Dépassement des capacités d'élimination hépatique de ce métabolite	2	26
Question 4	Risque hépatique : hépatite C, (VIH ?)	6	32
Question 5	Un deuxième dosage de paracetamol au moins 4 heures après le premier	6	
	le calcul d'un temps de $\frac{1}{2}$ vie d'élimination (N < 4heures)	6	44
Question 6	Administration de NAC- antidote-	6	
	Pas de lavage gastrique, pas de charbon activé (délais dépassés)	6	
	Pas de traitement symptomatique dans ce cas	4	60