

République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ ABOU BEKR BELKAID
FACULTÉ DE MÉDECINE
DR.B,BELZERDJEB- TLEMCEM



جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د. بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MÉDECINE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

THEME :

LES INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES AUX URGENCES PÉDIATRIQUES

Présenté par :

OUNNAS KHALDIA AMEL

DR W.LAKEHAL

PÉDIATRE PRINCIPALE

ENCADRANTE

Année universitaire : 2023 – 2024

DEDICACE

A mes chers parents, à mon frère Sahraoui et à ma sœur Amina ; je suis reconnaissante pour votre amour, sacrifices et votre soutien inconditionnel durant toutes mes années d'étude, vos conseils avisés et vos encouragements constants ont été les piliers de ma réussite. Cette dédicace est un humble témoignage de ma gratitude éternelle. Puisse Allah vous accorder santé, bonheur et longue vie.

A mes grands-parents adorés, bien que le temps nous ait séparés, votre esprit demeure une source d'inspiration et votre amour reste immortel.

A mon compagnon pour la vie Mohamed Ali.

A tout le reste de ma famille.

A mes copines et amis : Nayira, Karima, Bouchra, ma binôme Fatima Zohra, Chikhi, Taher, Zaki...

A toutes les personnes qui m'ont soutenu et aidé de près ou de loin à réaliser ce travail.

REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire, je remercie ALLAH qui m'a aidé et m'a donné la patience et le courage durant toutes ces longues années d'étude.

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à mon encadrant Dr LEKHAL assistante principale en Pédiatrie EHS Tlemcen pour son orientation, sa confiance, sa patience, ses précieux conseils et son aide durant toute la période du travail.

Aux résidents de pédiatrie, médecins de l'épidémiologie et à tous l'effectif du service.

Enfin, merci à toutes les personnes qui d'une façon ou d'une autre m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

LISTE DES TABLEAUX

- **Tableau 1** : Les principaux médicaments retrouvés dans l'intoxication.
- **Tableau 2** : Les principales anomalies biologiques qui permettent une orientation vers une origine toxique.
- **Tableau 3** : Quelques marqueurs biologiques et les molécules en cause.
- **Tableau 4** : Les principaux antidotes
- **Tableau 5** : Répartitions des cas selon l'âge.
- **Tableau 6** : Répartitions des cas selon la disponibilité de la mère.
- **Tableau 7** : Répartitions des cas selon l'état social.
- **Tableau 8** : Répartition des cas selon les types des médicaments en cause.
- **Tableau 9** : Répartitions des cas selon les signes cliniques.

LISTE DES FIGURES

- **Figure 1** : La fréquence des intoxications médicamenteuses.
- **Figure 2** : Répartition des cas durant l'année de l'étude.
- **Figure 3** : Répartition des cas selon les tranches d'âge.
- **Figure 4** Répartitions des cas selon le sexe.
- **Figure 5** : Répartition des cas selon le lieu de résidence.
- **Figure 6** : Répartition des cas selon les circonstances de l'intoxication médicamenteuse.
- **Figure 7** : Répartitions des cas selon la nature du médicament en cause.
- **Figure 8** : Répartition des examens complémentaires demandés.
- **Figure 9** : Comparaison des résultats des examens complémentaires.
- **Figure 10** : Répartitions des cas selon le traitement reçu.
- **Figure 11** : Répartitions des cas selon la durée d'hospitalisation.
- **Figure 12** : Répartition des cas selon l'évolution.

LISTE D'ABREVIATION

- **CHU** : Centre Hospitalo-universitaire
- **OMS** : Organisation mondiale de santé
- **INR** : International Normalized Ratio
- **IVD** : Injection intraveineuse directe
- **IM** : Injection intra musculaire
- **SC** : Injection sous cutanée
- **AINS** : Anti inflammatoire non stéroïdien
- **IEC** : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- **ARA2** : Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
- **HTA** : Hyper tension artérielle
- **SNC** : Système nerveux central
- **AVK** : Anti vitamine K
- **ECG** : Electrocardiogramme
- **EER** : Epuration extra rénale
- **CAP** : Centre antipoison
- **ATCD** : Antécédents
- **UMP** : Urgence médicale pédiatrique
- **OGE** : Organes génitaux externes
- **MCR** : Massage cardio-vasculaire
- **USI** : Unité de soins intensifs

SOMMAIRE

Dédicace

Remerciements

Liste des tableaux4

Liste des figures5

Liste d'abréviation.....6

Sommaire7

Introduction10

Objectifs12

1. **Objectif général**12

2. **Objectifs spécifiques**12

PARTIE THEORIQUE

1. **Définitions**.....14

2. **Epidémiologie et fréquence des intoxications médicamenteuses**.....14

3. **Le mécanisme de l'intoxication médicamenteuse**15

3.1. Toxicité dose –dépendante15

3.2. Interaction médicamenteuse.....15

3.3. Toxicité idiosyncrasique.....16

3.4. Erreur de dosage.....16

3.5. Médicaments périmés.....16

4. **Les voies de pénétration dans l'organisme**17

4.1. La voie digestive.....17

4.2. La voie pulmonaire.....17

4.3. La voie cutanée.....17

4.4. La voie parentérale.....17

5. **Substances fréquemment en cause, clinique, et conduite à tenir**17

6. **Examens complémentaires à demander**22

6.1. Bilans biologiques.....22

6.2. Electrocardiogramme.....23

6.3. Bilans radiologiques.....24

7. La prise en charge et traitement	24
7.1. Le lavage gastrique.....	24
7.2. L'élimination rénale.....	25
a. La diurèse forcée.....	25
b. L'ionisation urinaire.....	25
7.3. L'épuration extrarénale.....	25
7.4. Le charbon activé.....	25
7.5. Les principaux antidotes.....	26
8. Le centre anti poison d'Alger	27

PARTIE PRATIQUE

1. Objectif de l'étude	29
2. Matériel et méthode	29
2.1. Type et période de l'étude.....	29
2.2. Lieu de l'étude.....	29
2.3. Population de l'étude.....	29
Critères d'inclusion.....	29
Critères de non inclusion	29
3. Source d'informations	30
4. Analyse des données	30

FICHE D'ENQUETE

1. Les informations personnelles de l'enfant	31
2. Les antécédents	31
2.1. Les antécédents familiaux.....	31
2.2. Les antécédents personnels.....	31
3. L'examen clinique	31
3.1. L'interrogatoire sur l'accident	31
3.2. La clinique	32
a. Le système digestif.....	32
b. Le système neurologique.....	32
c. Le système respiratoire.....	32
d. Le système cutané.....	32
e. Le système cardio-vasculaire.....	32
4. Thérapeutique	32
5. Evolution	33

RESULTATS

1. Résultats descriptifs	35
1.1. Epidémiologie et caractéristiques sociodémographiques	35
a. La fréquence des intoxications médicamenteuses.....	35
b. Répartition des cas au cours de l'année.....	35
c. Répartition des cas selon l'âge.....	36
d. Répartition des cas selon le sexe.....	37
e. Répartition des cas selon le lieu de résidence.....	37
f. Répartition des cas selon le niveau socio-économique.....	38
→ Selon la disponibilité de la mère.....	38
→ Selon l'état social	38
1.2. Caractéristiques cliniques	38
a. Répartition des cas selon la circonstance de l'intoxication médicamenteuse.....	38
b. Répartition des cas selon la nature du médicament en cause.....	38
c. Répartition des cas selon le type du médicament en cause.....	39
d. Répartition des cas selon les signes cliniques.....	39
e. Répartition des cas selon les examens complémentaires demandés.....	40
1.3. La conduite à tenir et la prise en charge	41
a. Répartition des cas selon le traitement reçu.....	41
b. Répartition des cas selon la durée d'hospitalisation.....	42
c. Répartition des cas selon l'évolution.....	42
2. Discussion	43
3. Conclusion	47
Bibliographie	48
Résumé	51

INTRODUCTION

L'intoxication médicamenteuse accidentelle ou spontanée porte une charge très lourde, elle est l'une des causes les plus fréquentes d'urgences pédiatriques et peut nécessiter une admission dans une unité de soins intensifs, mais elle survient le plus souvent chez les jeunes enfants à la suite d'accident, mais ces accidents sont liés à des spécificités sociologiques et économiques ; médicaments laissés à la portée des enfants ou transvasement des produits toxiques dans des récipients ou des bouteilles à usage alimentaires, en plus de l'accident classique, les parents peuvent intoxiquer leurs enfants en commettant des erreurs de traitements ou en leur infligeant des thérapeutiques traditionnelles dangereuses

Les intoxications les plus graves sont souvent causées par des médicaments [1] dont l'action centrale est prédominante comme les antidépresseurs, les neuroleptiques, les analgésiques, les anti inflammatoires... En Algérie, ces intoxications médicamenteuses occupent le deuxième classement après les piqures de scorpion.

La gravité de l'empoisonnement dépend de la toxicité du médicament cible, du mode de pénétration, de la quantité absorbée, de la physiologie et l'âge du patient. Elle peut constituer une menace immédiate car elle entraîne dans les formes les plus graves des altérations des fonctions respiratoires, cardiovasculaires et cérébrales. Dans une telle situation d'urgence, les médecins doivent intervenir rapidement pour évaluer l'état du patient [2] et le sauver.

Pour mieux comprendre le problème lié à ces accidents, nous avons réalisé cette étude portant sur les cas d'intoxications médicamenteuses chez les enfants au service des urgences pédiatriques EHS Tlemcen dans une période d'une année, et nos objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

1. **Objectif général :**

Cette étude vise à identifier les causes des intoxications médicamenteuses, les conséquences et développer les mesures d'intervention et de prévention au niveau des urgences pédiatriques.

2. **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des intoxications médicamenteuses chez les enfants.
- Identifier les médicaments les plus couramment impliqués.
- Déterminer les facteurs de risque et les causes de l'intoxication : les erreurs de prescriptions, les interactions médicamenteuses, les fautes de dosage ou les tentatives de suicide.
- Evaluer les conséquences et les effets de l'intoxication médicamenteuse sur la santé des enfants.
- Apprécier la prise en charge et évaluer l'efficacité des mesures de prévention pour réduire ces intoxications.

PARTIE THEORIQUE

1. Définitions :

Intoxication :

- Nom féminin **Synonyme** : Empoisonnement
- Ensemble de trouble dus à l'introduction, volontaire ou non, dans le corps d'une ou plusieurs substances toxiques. [3]
- Selon l'organisation mondiale de la santé ; intoxication est une affection clinique causée par une interaction avec un agent à des doses considérées comme étant toxiques. [4]
- L'intoxication médicamenteuse est l'ensemble des tableaux symptomatiques consécutifs à l'ingestion ou l'introduction des médicaments qui se comportent comme un poison dans l'organisme, chez les enfants, l'intoxication médicamenteuse est souvent accidentelle mais elle peut être volontaires quand il s'agit de tentative de suicide, ou encore elle peut être provoquée par un accident de surdosage.[5]

2. Epidémiologie et fréquences des intoxications médicamenteuses :

La plus part des médicaments peuvent être toxiques, en particulier lorsqu'ils sont absorbés de façon abusée et sans avis médical [6]. Selon l'OMS, les intoxications représentent la 2^{ème} cause d'accident chez les enfants en particulier avant l'âge de 6ans [7].

En Algérie, cela est devenu une préoccupation inquiétante, au total de 5312 cas d'intoxications médicamenteuses ont été colligés par le centre anti-poisons d'Alger durant l'année de 2013 [8] dont 50,4 % sont des enfants.

Au Maroc, selon les données du CAPM, les intoxications médicamenteuses représentent la 2^{ème} cause d'intoxication après celles alimentaires. [9] Chiffrées à 19204 cas sur une période de 29ans entre 1980-2008.

Dans plusieurs pays européens, des nationales donnent un aperçu de l'épidémiologie des intoxications chez les enfants citant des exemples : en France, les intoxications représentent la 2^{ème} cause d'accidents de la vie courante chez les enfants [10], elles donnent lieu à environ 100000 appels par an aux CAP de France dont seulement 0,5 à 2% des cas nécessitent une prise en charge en unité de soin de réanimation pédiatrique [11]. La société Espagnole des urgences pédiatriques a répertorié dans une étude prospective menée entre 2008 et 2011 en 44 hôpitaux que dans 400 cas d'intoxications aiguës sur les 142217 passages enregistrés aux urgences pédiatriques, il s'agissait de médicaments dans 59%. Au Royaume-Uni [12] et dans une étude rétrospective sur la période de 2001-2013, ils ont noté que 201 enfants âgés de moins de 4ans admis dans des services de soins intensifs pédiatriques pour des intoxications médicamenteuses. Sur la période 2002-2006 ; les données des 6 centres anti-poisons d'Allemagne [13] renseignent qu'environ 66% des appels

concernaient des enfants intoxiqués surtout entre 13mois à 6ans dont 50% étaient des garçons et 90% des cas d'intoxications étaient asymptomatiques ou avec des symptômes légers.

3. Les mécanismes des intoxications médicamenteuses :

3.1. Toxicité dose-dépendante :

Certains médicaments peuvent avoir des effets toxiques lorsqu'ils sont introduits à des doses supérieures à la dose thérapeutique recommandée par les médecins. La gravité peut être aiguë, se produisant rapidement après l'ingestion, ou chronique, se progressant à la suite des doses répétées sur une période prolongée.

Les symptômes peuvent varier en fonction du médicament en question, mais ils peuvent inclure des manifestations non désirées tels que nausées, vomissements, maux de tête, somnolence, troubles respiratoires, effets cardiaques, problèmes hépatiques, lésions rénales ou autres. *[14]*

3.2. Interaction médicamenteuse :

Association médicamenteuse est un mode d'administration simultanée de deux ou plusieurs médicaments dans divers objectifs : soit renforcer l'effet thérapeutique (synergie et additivité), soit associer différents effets thérapeutiques, soit diminuer les effets nocifs du médicament principal. *[15]*

Lorsque plusieurs médicaments sont pris en simultané, il peut y avoir des interactions qui modifient le résultat prévu des médicaments impliqués. Parfois, ces interactions peuvent augmenter la concentration de médicaments dans le corps, intensifient ainsi le risque de toxicité. *[16]*

Tout médicament supplémentaire doit être prescrit avec précaution, il est nécessaire de modifier les doses et/ou les modalités d'administration, en tenant compte du mode d'interaction potentiel entre ces substances. *[17]*

Par exemple, en oncologie, la polymédication est fréquente en raison de l'association des traitements anticancéreux, mais aussi des traitements de soins oncologiques de support et des traitements habituels des patients. Cette polymédication constitue un facteur de risque d'effets iatrogènes en raison des interactions médicamenteuses potentielles qui peuvent survenir.

3.3. Toxicité idiosyncrasique :

Les toxicités idiosyncrasiques sont des effets indésirables rare induits par des médicaments, ces réactions sont spécifiques à un individu et peuvent apparaître à dose thérapeutique et dont le mécanisme toxique est souvent mal connu. Trois types de réactions idiosyncratiques sont identifiés : les réactions métaboliques, celles relayées par le système immunitaire : des réactions immunitaires

ou hypersensibilité voir allergies médicamenteuses, et celles potentialisées par l'inflammation. Cependant, la définition des réactions idiosyncrasiques reste controversée [18] puisque les toxicologues excluent de la définition les réactions qui impliquent un effet pharmacologique connu du médicament, tandis que les allergologues excluent les réactions relayées par le système immunitaire, mais non celles qui résultent des propriétés pharmacologiques du médicament.

En résumé, certaines personnes peuvent présenter une sensibilité à certains médicaments. Par exemple, certaines personnes peuvent être génétiquement prédisposées à une mauvaise métabolisation d'un médicament particulier, ce qui peut entraîner une accumulation toxique de la substance dans leur corps.

3.4. Erreur de dosage :

Les erreurs de dosage peuvent survenir lorsqu'une personne prend une quantité inappropriée de médicaments. Cela peut être dû à une confusion dans les instructions de dosage, à une mauvaise compréhension des instructions ou à une utilisation incorrecte de dispositifs de mesure tels que des seringues ou des cuillères.

Un surdosage correspond à la prise de substance à une dose supérieure à celle pouvant être tolérée par l'organisme. Les effets nocifs, qu'ils résultent d'un surdosage ou d'une intoxication, peuvent survenir après une prise unique ou répétée d'un médicament. Une prise massive unique et volontaire est communément appelée tentative d'autolyse. Dans les situations d'administration répétée, c'est l'accumulation du médicament qui entraîne les effets nocifs. [19]

3.5. Médicaments périmés :

L'utilisation de médicaments périmés peut entraîner une altération de leur composition chimique en se dégradant au fil du temps, créant des sous produits potentiellement nocifs, ce qui peut les rendre inefficaces c'est à dire qu'ils pourraient ne pas fonctionner aussi bien pour traiter la condition pour laquelle ils ont été prescrits, ou potentiellement toxique. [20]

4. Les voies de pénétration dans l'organisme : [21]

4.1. La voie digestive : L'intoxication médicamenteuse par voie digestive se produit lorsque des médicaments sont ingérés par la bouche et pénètrent dans le tractus gastro-intestinal, et doivent passer par le système porte et le foie. La vitesse d'absorption dépend du produit en cause, de sa nature, les solutions s'absorbent en général plus rapidement que les formes solides.

4.2. La voie pulmonaire : Ce type d'intoxication se produit lorsque des médicaments ou des substances toxiques sont inhalées dans les poumons soit par l'utilisation des nébuliseurs,

d'inhalateurs, de vaporisateurs, ou même par inhalation accidentelle de particules fines en milieu industriel ou domestique. Le passage toxique dans le sang est très rapide et rend cette intoxication foudroyante.

4.3. La voie cutanée : Cette intoxication se produit lorsque des médicaments ou des produits chimiques soient en contact ou pénètrent dans l'organisme par la peau, et elle est généralement provoquée par une réaction allergique à un médicament pris par la personne.

4.4. La voie parentérale : Ce type d'intoxication se produit lorsque des médicaments sont introduits directement dans le corps sans passer par le tractus gastro-intestinal, généralement par injection intraveineuse mais aussi par injection intramusculaire, injection sous-cutanée ou même par d'autres moyens tels que l'administration intradermique ou intrathécale. L'intoxication par cette voie est très dangereuse, souvent accidentelle due aux erreurs thérapeutiques mais peut se voir aussi en cas de toxicomanie par injection.

5. Substances fréquemment en cause, clinique et conduite à tenir :

Médicament	La clinique	Conduite à tenir
<p>Paracétamol (Acétaminophène) Dose toxique >150mg/kg chez l'enfant en prise unique, devient mortelle à partir de 3g. [22]</p>	<p>Asymptomatique durant premier jour, on peut avoir une simple fatigue, pâleur, nausées ou vomissements, voir une gastroentérite.</p> <p>Risque d'une atteinte hépatique à partir de 24 -48h qui suit à type douleurs abdominales localisées au niveau de l'hypochondre droit, ictère, d'hépatomégalie, d'hémorragie ... Les signes neurologiques à type de confusion mentale et coma.</p> <p>Les modifications biologiques se manifestent par une élévation des transaminases, une hyperbilirubinémie, une chute du facteur V et une augmentation de l'INR.</p>	<p>La conduite est influencée par le délai de découverte de l'intoxication.</p> <p>Chez un patient vu tôt et conscient, on procédera à un lavage gastrique, à l'administration d'antidote spécifique qui est le N-acétyl cystéine ou la cysteamine : la dose d'attaque est de 140mg/kg et la dose d'entretien est de 70 mg/kg /4h jusqu'à 17 doses.</p> <p>En cas de trouble de conscience, l'antidote est administré en perfusion dans du glucosé 5% à la dose de 150mg/kg pendant 60min puis 50mg/kg dans du glucosé 5% pendant 4h suivi de 100mg/kg dans du glucosé perfusion en 20h.</p> <p>A l'administration du charbon activé, elle peut diminuer</p>

l'absorption digestive du Paracétamol à la dose de 1g/kg chez l'enfant, mais non indiqué lorsque l'antidote est administré per os.

**Aspirine
(Acide Acétyl Salicylique)**

Dose toxique est de 100 à 150 mg/kg/j [23]

Dans l'intoxication modérée on observe des troubles digestives comme des gastralgies, gastrites, hémorragies, vomissements parfois sanglants, et aussi une agitation, une hyperexcitabilité neuromusculaire puis parfois trouble de la conscience et de la respiration.

Dans les cas sévères, on note un coma profond, hyperthermie majeure, hyperpnée voir une dépression respiratoire et sueur abondante provoquent souvent une déshydratation globale.

Sur le plan biologique : une acidose métabolique, une perturbation des électrolytes tels que le potassium, le sodium et le bicarbonate, ça peut endommager les reins et causer une insuffisance rénale aigue, et dans certains cas, on peut constater une modification de la glycémie.

Ne pas faire vomir la personne, car cela peut aggraver les dégâts au niveau de l'estomac et l'œsophage.

Le lavage gastrique, puis l'administration de charbon végétal activé. On procède ensuite à la diurèse alcaline. Chez un malade comateux, on rétablit une ventilation correcte, on corrige le déséquilibre acido-basique par la perfusion de sérum bicarbonaté isotonique à 1,4% à la dose de 20 à 30 ml/kg, le reste du traitement vise à lutter contre la déshydratation, l'hyperthermie et l'état de choc.

On peut passer éventuellement à une hémodialyse.

Antibiotiques

Essentiellement les aminosides et les antituberculeux sont les plus toxiques [24]

Exemple : la Pénicilline

Donnent des convulsions quand on les utilise à dose considérables, le principal danger est la survenue de phénomène de sensibilisation avec un choc anaphylactique. Ce dernier peut survenir chez des personnes sensibles après l'administration de doses

Soit on donne des corticoïdes comme la dexaméthasone en IVD et dans le cas d'un choc, on associe les corticoïdes et les catécholamines.

Soit l'Adrénaline en IVD, IM ou SC ou la Noradrénaline en perfusion dont le débit est adapté à l'évolution clinique.

minimes par voie buccale ou parentérale.

Les psychosomatiques: [25]

Sont divisés en plusieurs classes :

- *Antidépresseurs*
- *Anxiolytiques*
- *Stabilisateurs de l'humeur*
- *Antipsychotiques*
- *Sédatifs et hypnotiques*

Les antipsychotiques ont des effets secondaires tels que : la somnolence, courbatures, tremblements, raideur musculaire, prise de poids et diabète, agitation... A un stade tardif, on peut avoir une dyskinésie et plus rarement, on observe le syndrome malin des neuroleptiques qui est potentiellement mortel.

Les antidépresseurs peuvent donner des troubles neurologiques (agitation, convulsions...) ou cardiovasculaires (tachycardie, bradycardie, hypotension voir un choc cardiogénique, troubles de rythme...) ou des troubles respiratoires. Une dose supposée ingérée supérieure à 5 mg/kg est dite toxique et plus de 15 mg/kg est mortelle

Les anxiolytiques et les sédatifs provoquent à la fois des symptômes immédiats en réduisant la vigilance ce qui peut entraîner des troubles de l'élocution, une mauvaise coordination et des confusions, le surdosage peut entraîner une stupeur, une respiration très lente ou encore un décès. A long terme, on peut avoir des pertes de mémoire, des erreurs d'appréciation, une diminution de l'attention et des modifications des émotions ou des mouvements oculaires involontaires.

Hospitalisation dans une unité de soins intensifs pour les personnes qui font l'objet d'une surdose dangereuse d'anxiolytiques ou sédatifs présentant des problèmes respiratoires ou cardiaques.

Un traitement additionnel peut comprendre une réhydratation par iv, associée à des médicaments en cas d'hypotension et une ventilation assistée si difficultés respiratoire.

Le benzodiazépine a un antidote qui est le Flumazenil à dose de 10 µg/Kg .mais son utilisation n'est pas systématique.

Pour les barbituriques, on peut administrer du bicarbonate de sodium en iv afin de permettre à la personne de les excréter dans l'urine.

En cas d'intoxication non confirmée, on peut administrer le Flumazenil qui est l'antagoniste spécifique à dose de 10 µg/Kg.

Les antidiabétiques oraux [26]

Il y a plusieurs classes :

- **Biguanides : la métformine**
- **Sulfamides hypoglycémiantes**
- **Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase**
- **Thiazolidinediones**
- **Inhibiteurs des dipeptidyl peptidase-4**
- **Inhibiteur du cotransporteur de sodium-glucose de type 2**

Les effets secondaires de la metformine par exemple sont souvent mineurs à type de troubles digestifs : dyspepsie, nausées, vomissements

L'acidose lactique est la complication majeure de l'intoxication, en absence de comorbidités, la situation n'est pas grave au contraire un surdosage accidentel chez un patient avec de multiples comorbidités est responsable d'une mortalité dans 50%. Il s'agit d'un syndrome douloureux diffus, asthénie, myalgies, troubles digestifs, polypnées et agitation avec troubles de vigilance dans les cas graves.

Pour les sulfamides hypoglycémiantes, les symptômes peuvent être prolongés tels que sueurs, pâleur, sensation de faim, tachycardie sinusale, troubles de comportement, de conscience voir coma.

Le traitement est symptomatique en premier lieu. Il n'existe pas d'antidote spécifique à la metformine et dans certains cas la correction des troubles hémodynamiques fondée notamment sur une réhydratation ainsi une prise en charge d'un facteur déclenchant peuvent être suffisantes.

L'épuration extrarénale de la metformine est la technique de référence en cas d'acidose métabolique sévère.

En cas d'intoxication par les sulfamides hypoglycémiantes, et si un patient conscient; on lui donne du sucre par voie orale (20 ou 30 g ou plus), s'il est inconscient; un apport en urgence de sérum glucosé hypertonique à 30% en iv. Après un retour à la normale, on poursuit pendant 36h une perfusion de sérum glucosé de 10 %. Le lavage gastrique et le charbon activé sont à discuter au cas par cas et l'utilisation du glucagon est interdite à cause du risque de chute de l'hypoglycémie. Si l'hypoglycémie est réfractaire au resucrage, on utilise l'Octréotide (un analogue synthétique de la somatostatine)

AINS [27]

Comme
Ibuprofène...

Diclofénac,

On peut avoir dans les cas d'intoxication aigüe massive; des troubles de neurologie tels que des céphalées ou des convulsions, des problèmes rénaux tels que une protéinurie,

Evacuation digestive + un pansement gastrique et on surveille la diurèse, créatinémie, ionogramme et bilan hépatique.

En cas d'insuffisance rénale

	hématurie ou IRA et même une altération de la fonction hépatique.	oligo-anurique: on administre du Furosémide et une alcalinisation légère du sang.
<p>Anti hypertenseurs [28]</p> <p>Quelques classes courantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>IEC</i> • <i>ARA 2</i> • <i>Béta Bloquants</i> • <i>Diurétiques</i> • <i>Bloqueurs des canaux calciques</i> • <i>Alpha bloquants</i> 	<p>Les antihypertenseurs peuvent être responsables d'un certain nombre d'effets indésirables dose-dépendants notamment : hypotension orthostatique, majorations d'une insuffisance rénale préexistante et l'hyperkaliémie. On peut avoir une toux, rashes cutanés, modification du gout dans les IEC. En plus des signes communs des anti HTA, les diarrhées peuvent apparaitre en cas d'intoxication aux ARA2, Un déséquilibre électrolytique, une déshydratation, pollakiurie, faiblesse... pour les diurétiques. Bradycardie, confusion, étourdissement, fatigue ou encore difficulté respiratoire pour les béta bloquants.</p>	<p>Stabilisation des signes vitaux, en traitant l'état de choc, corriger les hypotensions et/ ou les troubles cardiaques.</p> <p>La surveillance clinique et biologique (mesure de TA, dosage de Kaliémie et la clairance de créatinine, ECG) est primordiale et un traitement symptomatique est administré.</p> <p>L'isoprénaline est un traitement possible en cas l'intoxication aux béta bloquants.</p>
<p>Les anti histaminiques [29]</p> <p>Il existe deux types :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>1^{ère} génération</i> • <i>2^{ème} génération</i> 	<p>Chez l'enfant, on peut avoir une excitation du SNC donc une agitation, trouble de comportement, ataxie, tremblement, myoconies, convulsion peuvent être répétées, trouble de conscience voir coma. Une somnolence surtout pour les anti histaminique de 1^{ère} génération ... en plus une sécheresse buccale, constipation et les troubles gastro-intestinaux</p>	<p>En plus des traitements symptomatiques, le lavage gastrique est discuté au cas par cas. L'intérêt du charbon activé n'a pas été formellement démontré, son administration en dose unique (1g/kg chez les enfants) doit être précoce dans l'heure qui suit l'ingestion.</p> <p>Traitement des convulsions. On n'utilise pas d'antipyrétique en cas d'une hyperthermie. On administre du benzodiazépine en cas d'agitation et les sels de magnésium et l'isoprénaline.</p>

Les anticoagulants [30]

Il existe deux familles :

- *Les anticoagulants injectables : Héparine à bas poids moléculaire, héparine non fractionnée*
- *Les anticoagulants oraux : AVK*

L'effet secondaire principal est l'aggravation des saignements

L'abstention thérapeutique dans la majorité des cas. S'il y a une pathologie neuropsychiatrique sous jacente propice à l'absorption de quantités importantes. Labstix et on dose TP 36 à 48h plus tard. Vitamine K 2à5mg initialement puis en fonction du TP.

Tableau 1 : les principaux médicaments retrouvés dans l'intoxication

6. Examens complémentaires à demander :

Les examens complémentaires n'interviennent que secondairement pour conforter un diagnostic déjà étayé.

6.1. Bilans biologiques :

Le bilan biologique a une place de choix dans la démarche d'indentification des toxines, les résultats seuls permettent souvent de confirmer le diagnostic initial ou d'orienter vers d'autres analyses toxicologiques. Les anomalies biologiques constituent des critères de gravité liés à l'intoxication.

Troubles digestifs :

Hépatite

Troubles métaboliques :

Acidose métabolique

Hyperglycémie

Hypoglycémie

Hypokaliémie

Troubles hématologiques :

Anémie hémolytique

Agranulocytose

Aplasie médullaire

Troubles rénaux

Insuffisance rénale

Néphropathie chronique

Hyperthermie

Tableau 2: les principales anomalies biologiques qui permettent une orientation vers une origine toxique [31]

Paramètres	Toxiques
ASAT, ALAT ↑	Paracétamol, colchicine
Glycémie ↓	Insuline, hypoglycémiant, fer, les inhibiteurs calciques
Kaliémie	Chloroquine (↓), digitaliques (↑), insuline (↓), les antidépresseurs, digoxine
TP, INR et les facteurs de coagulations	Anticoagulants, AVK raticide
Créatinine	Digoxine
TCA, NFP	Héparine et dérivés
NFS, plaquettes	Méthotrexate
TQ	Anti vitamine K

Tableau 3 : Quelques marqueurs biologiques et les molécules en cause [32]

6.2. Electrocardiogramme :

Les modifications de l'ECG sont fréquentes au cours de l'intoxication médicamenteuse.

Exemple 1 : QRS larges supérieurs ou égaux à 0,10 s associés à des troubles de repolarisation, ondes T plates, QT allongés, un bloc intraventriculaire doit faire évoquer une intoxication par médicaments à effet stabilisant de membrane et le pronostic vital est constamment engagé tels que : les barbituriques à forte dose, certains bêtabloquants, chloroquine, chlorpromazine.... Cela indique un traitement spécifique par bicarbonates ou lactate molaire. [33]

Exemple 2 : Un bloc auriculo ventriculaire également évocateur d'un stabilisant de membrane mais aussi d'un digitalique. Une bradycardie classique est retrouvée dans les intoxications par bêta bloquants, inhibiteurs calciques ou digitaliques. QT long toujours évocateur d'un stabilisant de membrane mais aussi d'une intoxication par amiodarone. [34]

6.3. Bilans radiologiques :

L'intérêt essentiel de la radiologie pulmonaire est de permettre la recherche d'une bronchopneumopathie d'inhalation.

7. La prise en charge et traitements :

La prise en charge thérapeutique d'une intoxication médicamenteuse repose sur un volet symptomatique avec une surveillance non spécifique et un volet toxicologique spécifique.

- Evaluation de la sévérité de l'intoxication pour déterminer les traitements à débiter chez l'enfant intoxiqué, en se basant sur l'anamnèse et l'examen physique pour fournir des informations plus précises sur le nom du produit en cause ainsi que la quantité impliquée.
- Selon le mode d'intoxication, on établit une prise en charge exemple : une exposition cutanée ou oculaire nécessite un lavage avec de l'eau, une intoxication par voie rectale nécessite un lavement évacuateur, par voie orale on aura recours à différentes méthodes telles que le lavage gastrique, le charbon activé, l'utilisation des antidotes... afin de réduire l'absorption des toxiques. Et bien évidemment, ces mesures sont maximales dans l'heure qui suit l'ingestion. [35]

7.1. Le lavage gastrique : [36]

Il est considéré lors d'ingestion significative si temps d'ingestion est inférieur à 30-60min.

Pour les enfants, on utilise un tube oro-gastrique de calibre 16-28 « French ». Une fois la position intra gastrique vérifiée, couchez le patient sur le coté gauche. On utilise entre 50 et 100ml d'eau ou d'une solution isotonique pour chaque cycle de lavage, on poursuit ces cycles jusqu'à ce que le liquide de retour soit clair. La quantité totale chez l'enfant varie entre 2 à 5 L.

Les contre indications d lavage gastrique :

- Coma, convulsions, en cas d'une ingestion d'une substance corrosive à cause des risques de lésions oesophagiennes.
- Voies aériennes non protégées.

7.2. L'élimination rénale:

L'accélération de l'élimination du toxique par la voie rénale : diurèse forcée, diurèse alcaline. [37]

- a. La diurèse forcée :** L'augmentation de la filtration glomérulaire par l'administration accrue de liquide accélère la vitesse de transit des substances dans les reins et cette technique pourrait théoriquement en diminuer la réabsorption dans les tubules distaux.
- b. L'ionisation urinaire :** L'ionisation urinaire des substances chimiques diminue leur réabsorption dans le tubule distal et donc accroît son élimination. C'est ce principe qui vise l'alcalinisation ou l'acidification des urines. La méthode de l'alcalinisation est comme suit : Administrez les bicarbonates de sodium à raison de 1 à 2 mEq/kg toutes les 4 à 6h selon les besoins pour maintenir un ph urinaire supérieur à 7,5.

7.3. L'épuration extrarénale :

Les indications de l'épuration extra rénale en toxicologie concernent des substances de petits poids moléculaire, de faible volume de distribution et peu lié aux protéines. La clairance de l'épuration doit être élevée que celle corporelle totale spontanée, et l'élimination du produit toxique doit diminuer également les risques pour le patient [38]. La dialyse péritonéale est la méthode d'EER de choix en pédiatrie car elle est facilement utilisée. [39]

7.4. Le charbon activé :

C'est une poudre noire insoluble, obtenue par pyrolyse de matières végétales riches en carbone. Un traitement à haute température lui donne une structure poreuse et une surface d'absorption de 1000 à 1500 m²/g. Indiqué chez les patients ayant ingéré une dose potentiellement toxique d'un produit, l'administration d'une dose unique peut diminuer la résorption du toxique et l'efficacité sera plus grande s'il est donné rapidement, dans l'heure qui suit l'ingestion de préférence, et si les voies aériennes sont protégées. [40]

L'utilisation du charbon activé diminuerait l'incidence de l'hépatotoxicité. [41]

Posologie : 1g/kg de poids corporel.

Les contres indications du charbon activé :

- Ingestion de produits corrosifs (inefficacité et perturbation de l'évaluation endoscopique)
- Son efficacité n'a pas été démontrée lorsque le temps d'ingestion est plus de 60min.
- Toxiques entraînant des vomissements donc un risque d'inhalation bronchique.
- Occlusion intestinale, iléus.
- Le charbon activé ne modifie pas de façon significative l'action de la N-acétylcystéine dans l'intoxication du paracétamol. [42]

7.5. Les principaux antidotes :

L'antidote est un médicament qui agit de manière spécifique, en altérant la cinétique du toxique, ou en réduisant les effets au niveau des récepteurs et des cibles spécifiques. Son utilisation améliore le pronostic vital ou fonctionnel en cas d'intoxication. [43]

Mode d'action de l'antidote : [44]

Trois grands types de mécanismes d'action :

- **Modification de la toxicocinétique** : en réduisant la biodisponibilité du toxique, les antidotes vont contrôler son accès à la cible, en limitant la résorption du toxique par absorption ou formation de complexes insolubles éliminés par les matières fécales. Ou soit en neutralisant le toxique dans le segment sanguin ; le toxique devient inerte et ça facilite son élimination par la rénale.
- **Modification de la toxicodynamie** : en agissant sur le couple toxique-récepteur, l'antidote neutralise les effets du toxique au niveau biochimique le plus fin par soit un antagonisme spécifique ou une utilisation d'une constante d'affinité et dans ces deux cas, l'antidote agit par compétition. Ou encore en déclenchant un système enzymatique ; par rupture d'une liaison covalente spontanément irréversible.

Antidote	Toxique
Anti corps anti digitaliques, ADTA sodique	Digitaliques, digoxine
Protamine	Héparine
Vitamine K	Anagonistes de la vitamine A
Glucagon et glucose	Hypoglycémiant
Acétylcystéine	Paracétamol
Naloxone, nalorphine	Les opiacés
Flumazénil	Les benzodiazépines
Idarucizumab	Dabigatran (anticoagulant oral direct)
Andexanet alfa	Apixaban et Rivaroxaban
Atropine	Anticholinestérasique
Lactate de sodium molaire	Antidépresseurs tricycliques
Béta bloquants	Théophylline
Sulfate de physostigmine	Anticholinergiques
Atropine, isoprotérénol, glucagon	Béta bloquants
Pralidoxime	Inhibiteurs des cholinestérasés
Dantrolène	Neuroleptiques
Mesylate de deferoxamine, Defepirone	Fer
Pyridoxine(vitB6)	Isoniazide
Charbon activé	AINS, Antidépresseurs, iode, paracétamol, sulfamide...

Tableau 4: Les principaux antidotes [45]

8. Le centre anti poison d'Alger:

Les centres anti poisons sont des centres d'information téléphonique au service aussi bien des professionnels de santé que du grand public, qui informent ces derniers sur les dangers en situation d'exposition à un agent potentiellement toxique, et sur la conduite à tenir adaptée à tout contexte. Il joue également un rôle d'observation de toxicologie et agissent activement en matière de toxicovigilance.

Le CAP d'Alger actuel (Pr R.Abtroun) est un élément du service de toxicologie (Pr B.Alamir) et fonctionne avec une équipe médicale composée de médecins généralistes collaborant étroitement avec les pharmaciens toxicologues du laboratoire de toxicologie ainsi qu'avec les services d'urgences et de réanimation du CHU Bab el Oued d'Alger.

L'activité du CAP englobe trois axes fondamentaux :

- Constitution d'un fond documentaire en toxicologie.
- Consultation téléphoniques.
- Validation et exploitation des données et gestes de la toxicologie.

Collaborateur essentiel des services d'urgence pour la prise en charge des intoxications graves, le centre antipoison facilite la réalisation des soins pour les intoxications bénignes. Offrant une formation authentique à distance en toxicologie du corps médical, ce dernier à tendance depuis quelques années à appeler le centre antipoison moins souvent pour les intoxications les plus courantes, mais appelle plus facilement en cas d'intoxications inhabituelles, moins fréquentes ou de sévérité imprévue. [46]

PARTIE PRATIQUE

1. Objectif de l'étude :

Cette étude a pour objectif d'évaluer la prévalence et l'incidence des intoxications médicamenteuses chez les enfants au niveau des urgences pédiatriques EHS Tlemcen.

2. Matériel et méthode :**2.1 Type et période de l'étude :**

Une enquête épidémiologique descriptive rétrospective a été réalisée à partir de 82 dossiers médicaux issus de la base de données des urgences pédiatriques de l'EHS Tlemcen du 1^{er} Janvier 2023 au 31 Décembre 2023.

2.2 Lieu de l'étude :

Les urgences médicales pédiatriques au niveau de l'EHS Mère et Enfants Tlemcen.

Présentation de l'unité : L'organisation de cette unité est comme suit :

- Le responsable des UMPs : Dr Ghomari
- Des médecins généralistes
- Des résidents, Internes et Externes
- Les personnels paramédicaux

En plus :

- Le bureau des assistants, qui assurent le suivi et le contrôlent ainsi que l'évolution des malades déjà hospitalisés.
- Deux salles de surveillance et d'hospitalisation qui comprennent des lits pour les enfants et leurs mamans afin de les mettre en observation.
- Boxe de consultations dédiée aux médecins généralistes.
- Boxe des résidents pour les urgences dédiée aux nouveaux nés moins de 3 mois ou plus mais qui souffrent d'une maladie chronique.
- Salle de soins.

2.3 Population de l'étude :

Les enfants qui se présentent aux urgences pédiatriques EPH mère et enfant Tlemcen pour une prise en charge d'une intoxication médicamenteuse.

Critères d'inclusion :

- Les intoxications médicamenteuses chez les enfants (l'âge est inférieur à 16ans).

Critères de non inclusion :

- Les intoxications non médicamenteuses.

3. Source d'informations :

Sur les 82 dossiers retrouvés, 60 ont été bien renseignés et 22 dossiers de qualité insuffisantes.

4. Analyse des données :

La saisie de texte, les tableaux et graphiques ont été élaborés par des logiciels WORD et EXCEL.

FICHE D'ENQUETE :**1. Les informations personnelles de l'enfant :**

- **Nom et prénom :**
- **Date et lieu de naissance/ Age :**
- **Sexe :**
- **Adresse (Urbain/ Rural) :**
- **Date d'hospitalisation (Saison):**
- **Durée d'hospitalisation :**

2. Les antécédents :**2.1. Familiaux :**

- L'âge des parents : mère/ père
- Niveau socio-économique :
- Niveau d'instruction des parents :
- Parité :
 - Nombre d'enfants et leurs âges :
 - Grossesses rapprochées et multiples :
- ATCDs pathologiques des parents et notion de prise des médicaments :
- Notion d'une maladie héréditaire :
- Notion de consanguinité :

2.2. Personnels :

- L'enfant amené par : ses parents / l'un des parents/ amené par une autre personne.
- Développement psycho-moteur de l'enfant :
- Niveau scolaire :
- ATCDS médicaux (pathologie connue et traitement reçu) :
- ATCDS chirurgicaux :

3. L'examen clinique :**3.1. L'interrogatoire sur l'accident :**

- Circonstances de l'intoxication : Accidentelle/ erreur thérapeutique/ tentative/ autre
- Dose ingérée :
- Durée avant l'apparition des symptômes :
- Délai d'arrivée aux UMPs :
- Nom du produit médicamenteux ingéré :

- Nature du médicament ingéré : comprimé/ sirop/ suppositoire avalé/ gouttes ou collyre /pommade ou crème / à l'aide d'une seringue
- Voie d'entrée : Orale/ inhalation/Injectable/rectale

3.2. La clinique :

Etat général et mesure des constantes hémodynamiques: Fréquence cardiaque, Fréquence respiratoire, Temps de recoloration cutanée, température, saturation, poids et taille

Différents systèmes	Manifestations cliniques
Système digestif	<ul style="list-style-type: none"> • Nausée / Vomissements • Diarrhées • Epigastralgies/ Maux d'estomac
Système neurologique	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue/ Céphalées • Agitation • Somnolence • Myosis • Altération de conscience/ coma
Système respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Toux • Dyspnée/polypnée • Râles/sifflement • Détresse respiratoire
Système cutané	<ul style="list-style-type: none"> • Urticaire/Eruption cutanée • Gonflement de la langue ou autre partie • Pâleur
Système cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tachycardie • Bradycardie • Hypertension • Hypotension
D'autres symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Hypo/hyperthermie • Autres

4. Thérapeutique :

- Mesures de réanimation :
 - Libération des voies aériennes supérieure (+O₂)
 - MCR
 - Ventilation
 - Intubation
- Lavage gastrique

- Charbon activé
- Diurèse forcée
- Dialyse/ Médicaments (antidote/ traitement symptomatique) :

→ **Evolution :**

- Décès
- Complication
- Sortie :
 - Bon état général
 - Evacuation vers USI

RESULTATS

1. Résultats descriptifs :

1.1. Epidémiologie et caractéristiques socio démographiques :

a. La fréquence des intoxications médicamenteuses par rapport au nombre d'hospitalisations :

Durant la période de notre étude ; comprise entre le 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2023, 82 cas d'intoxications médicamenteuses ont été hospitalisé aux urgences pédiatriques EHS Tlemcen, ce qui représente 0,48 % (82/17164) des hospitalisations du service.

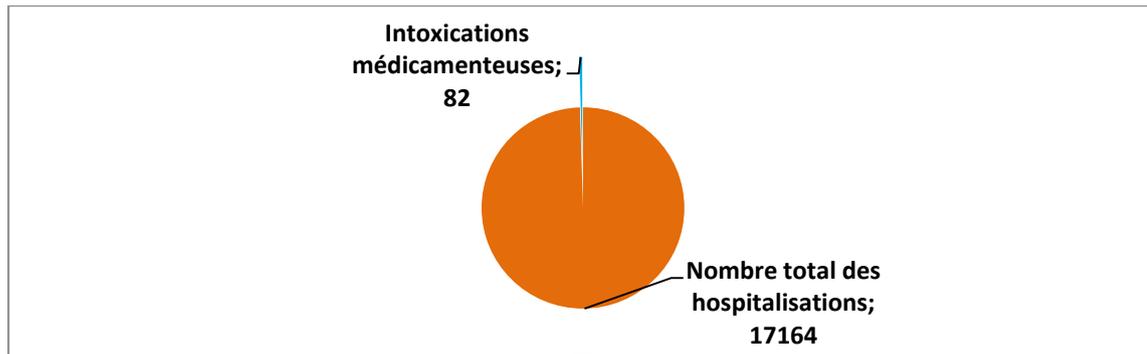


Figure 1 : La fréquence des intoxications médicamenteuses

b. Répartition des cas au cours de l'année :

Quand on observe la répartition des cas d'intoxications médicamenteuses sur les 12 mois d'étude, on note une augmentation de la fréquence au cours du mois de Février, Mars, Avril et Mai. Par ailleurs, on note une diminution de la fréquence des cas au mois de Novembre, Décembre et Janvier. Le pic est peut-être lié à des changements saisonniers, ou peut dépendre du comportement individuel ou encore les habitudes de prescription médicale.

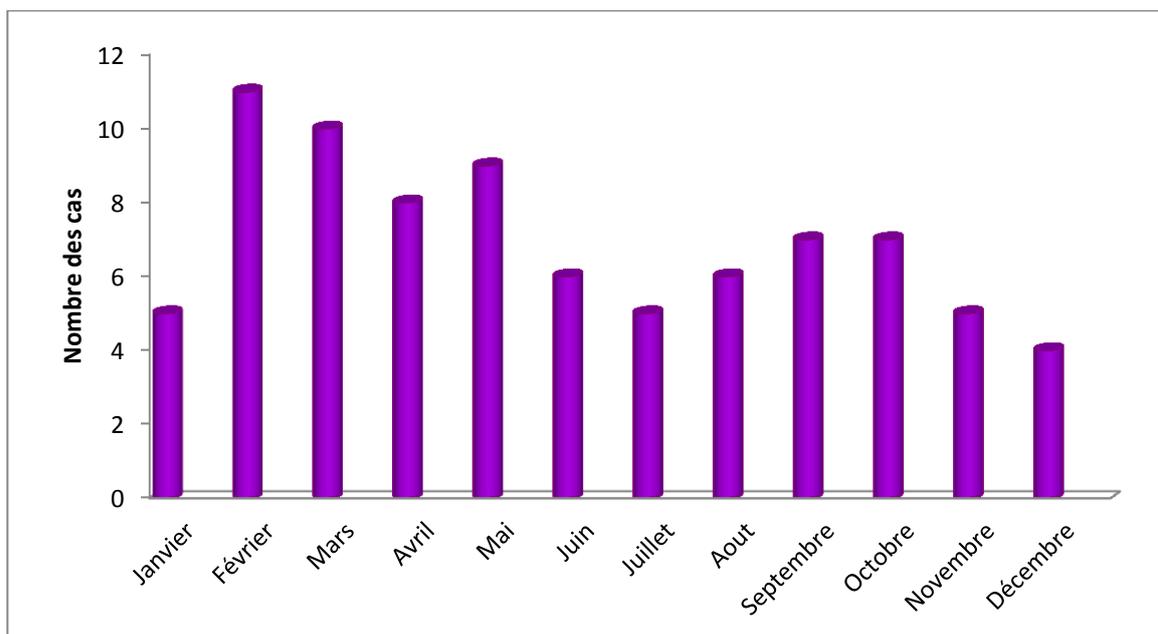


Figure 2 : Répartition des cas durant l'année d'étude

c. Répartition des cas selon l'âge :

L'âge moyen des enfants de notre étude était de 65 mois, avec des extrêmes allant de 10 mois à 15ans.

La tranche d'âge 02-05 ans était la plus touchée (65%). Les enfants à cet âge explorent le monde en mettant souvent des objets à la bouche et cela inclut les médicaments, en plus, ils ont tendance à imiter les adultes et développent une curiosité croissante pour leur environnement surtout si les parents laissent les médicaments mal stockés et sous estiment la capacité de leurs enfants ouvrir des bouteilles et les récipients par exemple.

Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentage %
≤ 01 an	03	04
02 – 05 ans	53	65
06 – 10 ans	09	11
> 10 ans	17	20

Tableau 5 : Répartition des cas selon l'âge

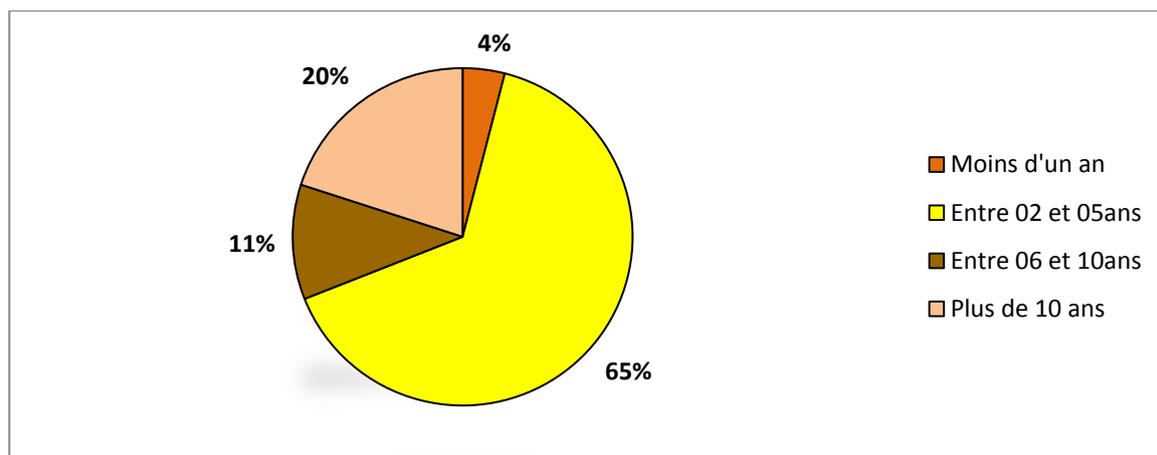


Figure 3 : Répartition des cas selon les tranches d'âge

d. Répartition des cas selon le sexe :

On a noté une prédominance féminine avec 49 filles pour 33 garçons (sex-ratio 0,67)

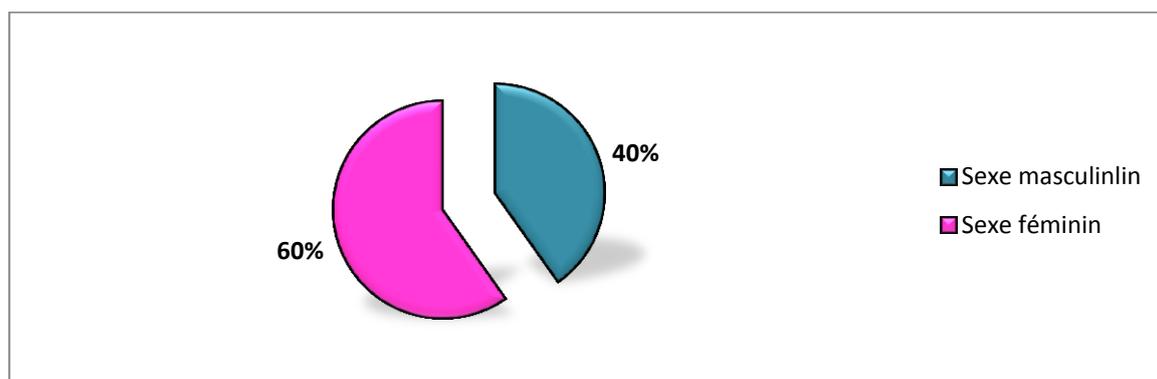


Figure 4 : Répartition des cas selon le sexe

e. Répartition des cas selon le lieu de résidence :

On a noté que les patients résidaient au milieu rural dans la majorité des cas (61%). Ce résultat est lié à plusieurs facteurs spécifiques à cet environnement. Les médicaments peuvent être plus facilement accessibles aux enfants en raison de pratiques de stockage moins sécuritaires, et dans certaines communautés rurales, il y a un manque d'éducation et de sensibilisations concernant les risques liés aux médicaments chez les enfants. En plus, dans certaines situations, et en raison de l'éloignement géographique des établissements médicaux, les familles en milieu rural peuvent être plus inclinées à pratiquer l'auto soins, cela peut augmenter le risque d'erreur dans la gestion des médicaments.

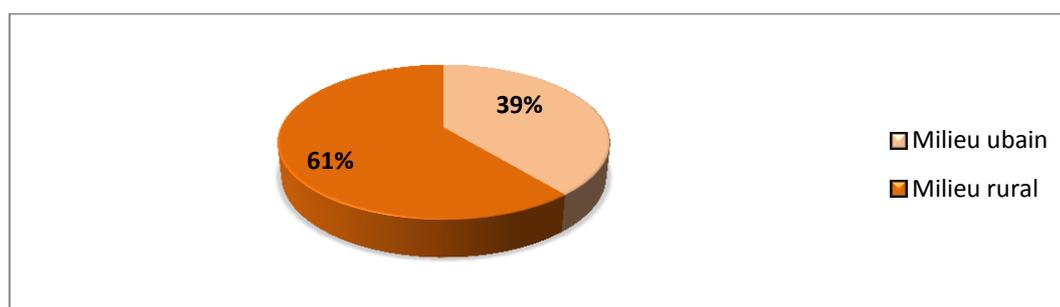


Figure 5 : Répartition des cas selon le lieu de résidence.

f. Répartition des cas selon le niveau socio-économique :

→ Répartition des cas selon la disponibilité de la mère :

Les informations étaient insuffisantes, mais selon ce qu'on a trouvé dans la majorité des cas (36%), La mère était disponible à temps plein et elle était principalement responsable des soins des enfants.

Disponibilité de la mère	Effectifs	Pourcentage
Mère à temps plein disponible	29	36%
Mère à temps partiel disponible	25	30%
Mère occupée / absente	17	21%
Autres	11	13%

Tableau 6 : Répartition des cas selon la disponibilité de la mère.

→ Répartition des cas selon l'état social :

En raison du manque d'information, nos résultats sur l'état social des enfants étaient moins exacts.

La majorité des enfants avaient une vie stable et des parents en vie et non séparés.

Etat social des parents	Effectif	Pourcentage
Parents divorcés	16	19,5%
L'un des parents ou les deux décédés	15	18,3%
Parents en vie et non séparés	36	31,7%
Autres (informations insuffisantes)	15	18,2%

Tableau 7 : Répartition des cas selon l'état social

1.2. Caractéristiques cliniques :

a. Répartition des cas selon la circonstance de l'intoxication médicamenteuse :

On a noté que l'intoxication médicamenteuse chez la plus part des enfants (76% des cas) était involontaire accidentelle, cela est lié à une forte curiosité et une tendance naturelle à explorer leur environnement y compris les objets qui les entourent ; les médicaments souvent colorés et attirants peuvent susciter leur intérêt. Et bien évidemment, les enfants n'ont souvent pas la capacité de comprendre pleinement les dangers liés à la prise de médicaments et ils ne réalisent pas toujours que ces derniers sont destinés à des usages spécifiques et peuvent être nocifs en dehors de ces usages.

On a noté aussi 15% de tentatives de suicide pour les jeunes adolescents dont l'âge moyen vari entre 14 et 16ans. Les troubles mentaux (tels que la dépression, l'anxiété ou troubles émotionnels), les expériences traumatisantes, l'harcèlement ou encore les problèmes familiaux ; sont des facteurs qui peuvent attribuer aux pensées suicidaires. Ces cas ont bénéficié d'un avis et un suivi psychiatrique.

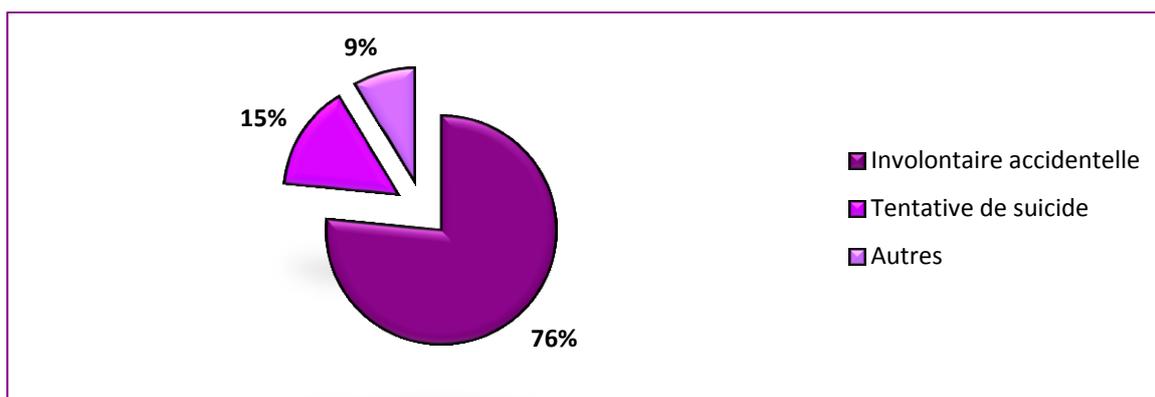


Figure 6 : Répartition des cas selon la circonstance de l'intoxication médicamenteuse

b. Répartition des cas selon la nature du médicament en cause :

On a noté que la forme comprimée des médicaments est la plus fréquemment retrouvée dans 61% des cas en raison des couleurs vives et les formes attrayantes qui les rendent plus attractifs pour les enfants.

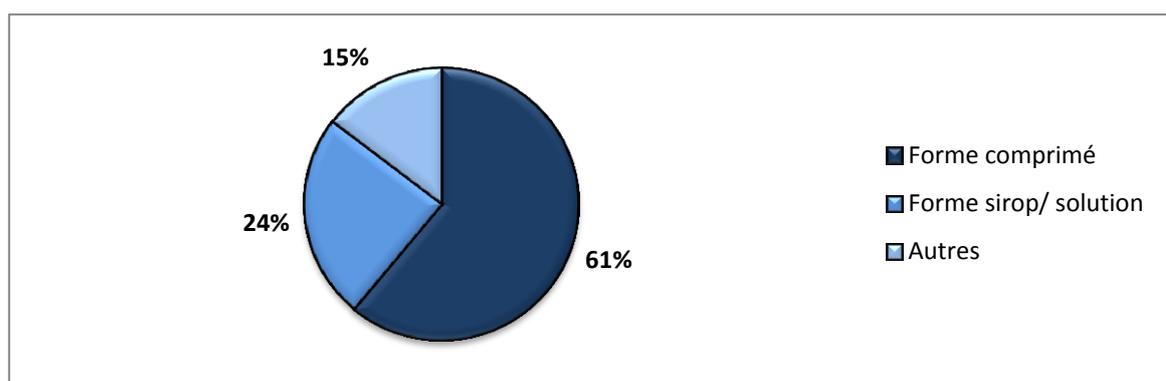


Figure 7 : Répartition des cas selon la nature du médicament en cause

c. Répartition des patients selon le type du médicament en cause :

On a observé que le paracétamol est le médicament le plus retrouvé dans les cas d'intoxication médicamenteuse en raison de leur usage fréquent chez les enfants car il est régulièrement prescrit ou recommandé pour réduire la fièvre et soulager la douleur donc il est susceptible d'être trouvé dans les foyers. En plus sa posologie pour les enfants est souvent calculée en fonction de leur poids, ce qui peut entraîner des erreurs de dosage si les parents ne suivent pas les recommandations précises.

Ensuite, on a noté une fréquence aussi élevée de certains médicaments comme Héptagyl, Histagon... sous forme flacon sirop et qui sont souvent faciles à ouvrir et à boire.

Nom du médicament	Effectif
Dépakine	6
Isoméline	3
Finastéride	2
Paracétamol	16
Histagon	9
Piroxicam	2
Asthalin	2
Moxonidine	2
Glucosamine	2
Héptagyl	8
Pillule	6
Kietyl	2
Zanidep	1
Dicetel	1
Novozin	1
Gapex	1
Tramadol	1
Levothyrox	3
Olanzapine	2
Zomax	1
Solupred	1
Azithromycine	1
Antihypertenseur	2
Dermobacter	1
Lyrica	1
Orogyl	1
Levomed	1
Rapidus	1
Autres (Non connu)	8

Tableau 8 : Répartition des cas selon le type/nom du médicament en cause

d. Répartition des patients selon les signes cliniques :

Dans notre étude, on a trouvé que les symptômes varient en fonction du type de médicament ingéré, donc la majorité était des manifestations digestives telles que les nausées/ vomissements et les

maux d'estomac. Le reste est détaillé dans le tableau suivant .Enfin on noté que 45 cas n'ont présenté aucun symptôme et qui ont bénéficié d'une surveillance.

Signes	Effectifs
Manifestations digestives	
Nausées/ Vomissements	37
Diarrhées	16
Maux d'estomac/ Epigastralgies	21
Manifestations neurologiques	
Fatigue / Céphalées	22
Agitation	31
Somnolence	11
Myosis	1
Altération de conscience/ coma	1
Manifestations respiratoires	
Toux	5
Dyspnée/ polypnée	2
Râle/ sifflement	1
Détresse respiratoire	1
Manifestations cutanées	
Urticaire / Eruption cutanée	9
Gonflement de la langue ou autre partie	6
Pâleur	19
Manifestations cardiovasculaires	
Tachycardie	9
Bradycardie	4
Hyper tension	2
Hypotension	12
Aucune symptomatologie	45

Tableau 9: Répartition des cas selon les signes cliniques.

e. Répartition des cas selon les examens complémentaires demandés :

FNS a été réalisée chez 76 patients soit 92% des cas étudiés, et elle a révélée une anémie dans 7 cas et une hyperleucocytose chez 5 cas et thrombopénie dans 1 cas. CRP a été demandé dans 6 cas et elle s'est révélé positive chez 3 patients. Urée et créatinine ont été demandées chez 37 cas. TGO, TGP dans 45 cas ; augmentés dans 4 cas. Bilirubine dans 19 cas principalement chez les enfants qui ont ingéré Doliprane et qui ont présenté une pâleur; revenue augmentée dans 5 cas. TP a été demandé dans 32 cas, revenant légèrement bas dans 2 cas. Une prise glycémique a été pratiquée chez 28 cas, et 10 enfants ont été en hypoglycémie. Chimie des urines a été demandé dans 16 cas dont 5 ont révélé une protéinurie et hématurie minime. Ionogramme sanguin a été demandé dans 5 cas dont 2 on a trouvé une légère hypokaliémie. Enfin, l'imagerie radiologique principalement représentée par un téléthorax a été demandé suite aux enfants qui ont présenté des signes respiratoires; dans 8 cas dont 2 ont révélé une pneumopathie.

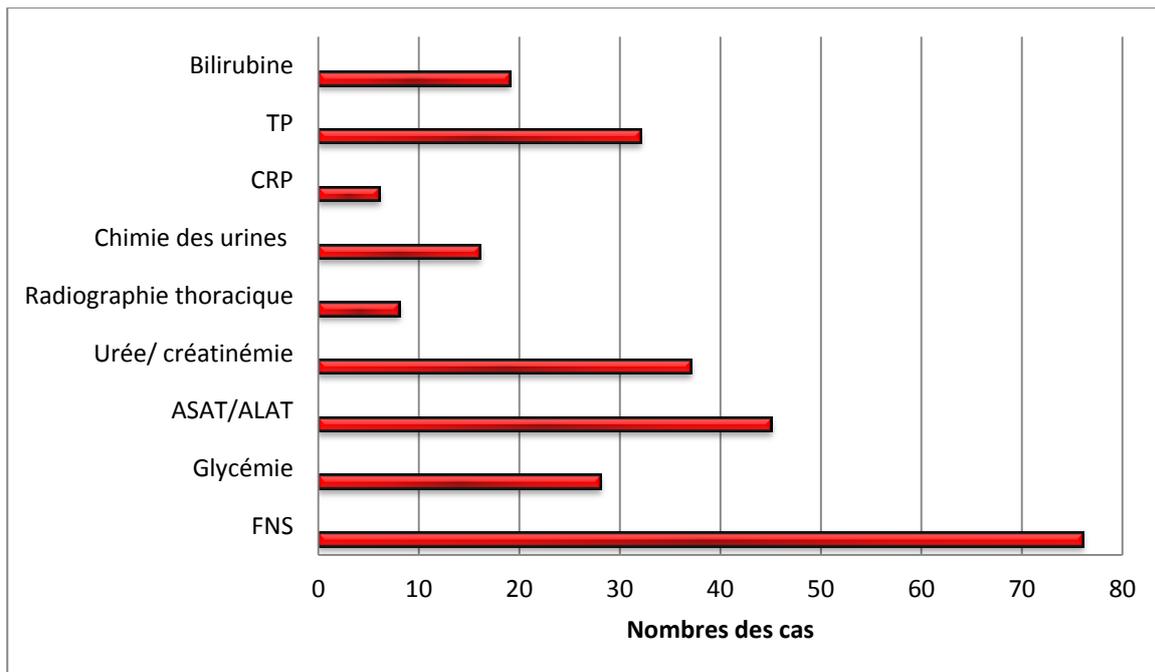


Figure 8 : Les examens complémentaires demandés.

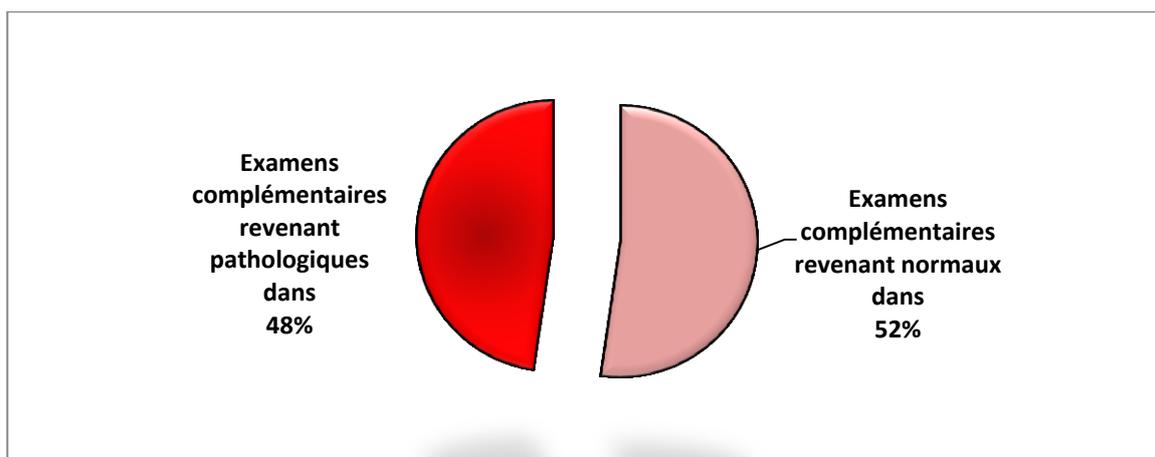


Figure 9 : Comparaison des résultats des examens complémentaires.

1.3. La conduite à tenir et la prise en charge :

a. Répartition des cas selon le traitement reçu :

On a noté que le lavage gastrique était la meilleure méthode pour éliminer les toxiques chez les patients vus tôt dans un délai de 4h, pratiqué dans 34% des cas, le traitement symptomatique dans 23% des cas : correction des troubles hydro électrolytiques, correction de l'hypotension dans 12 cas, une protection gastrique si nécessaire : les antalgiques dans 21 cas, anti vomitifs dans 30cas, perfusion des solutés dans 25cas, l'antibiothérapie adaptée en présence de signes infectieux chez 5 cas. Le charbon activé dans 5% et la diurèse forcée dans 6%. De plus, 32% n'ont reçu aucun traitement juste une surveillance.

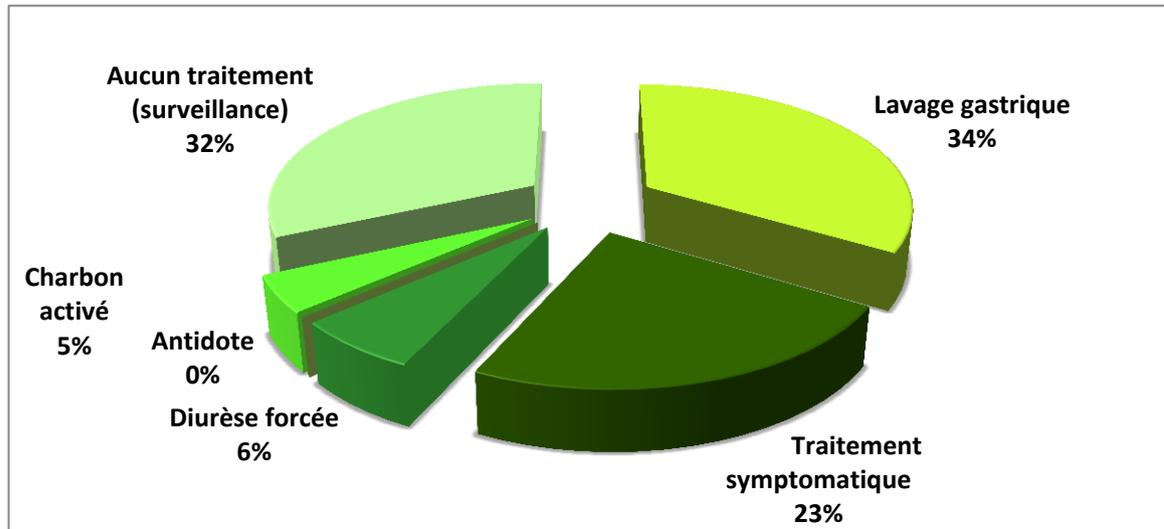


Figure 10 : Répartition des cas selon le traitement reçu.

b. Répartition selon la durée d'hospitalisation :

On a noté durant notre étude que la durée moyenne d'hospitalisation était entre 6 et 24h dans 92% des cas. La plupart des intoxications médicamenteuses étaient bénignes et n'ont pas causé des dommages graves.

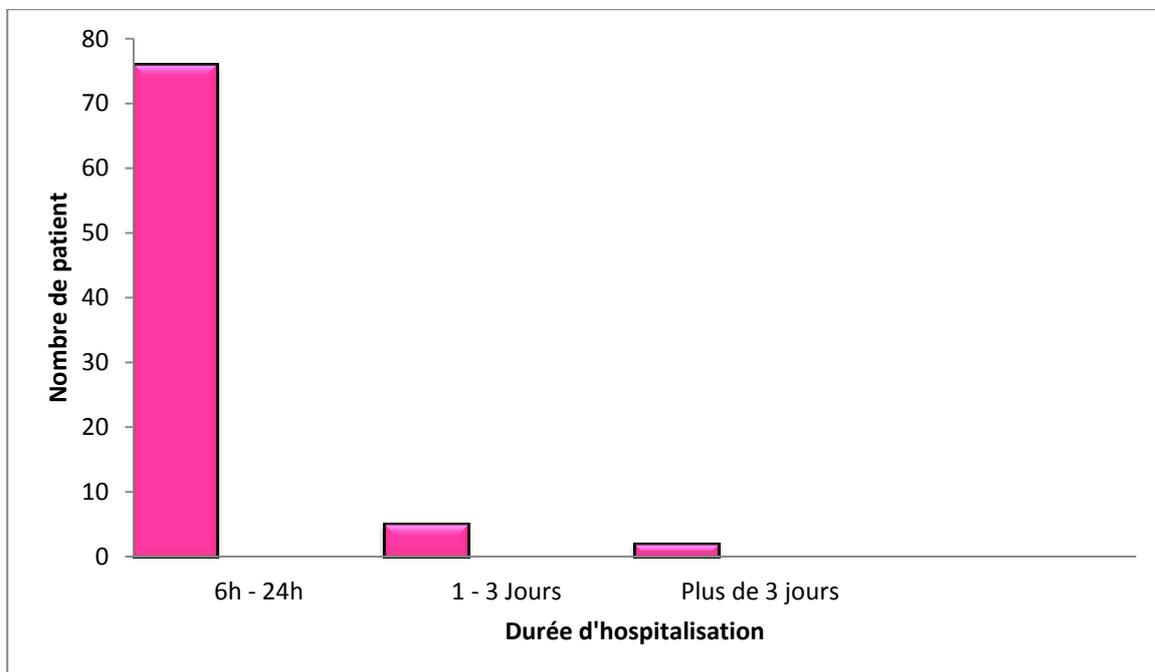


Figure 11: Répartition des cas selon la durée moyenne d'hospitalisation

c. Répartition des cas selon l'évolution :

Dans la plupart des cas, l'évolution était marquée par la guérison, il n'y avait aucun cas de coma ni de décès.

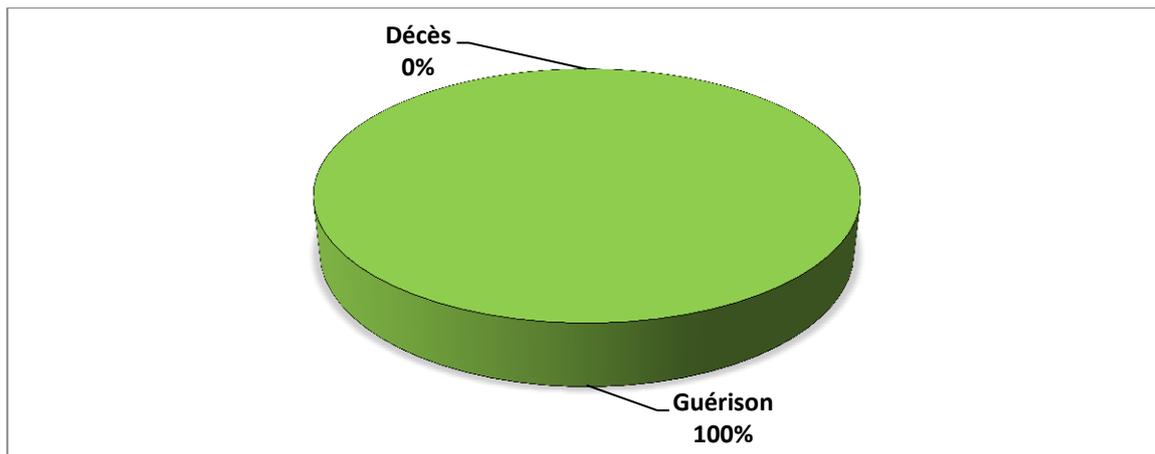


Figure 12 : Répartition des cas selon l'évolution

2. Discussion :

- Certains examens complémentaires nécessaires n'ont pas été réalisés ou non renseignés dans les dossiers.
- Le manque d'informations sur le délai d'admission du produit et le type des médicaments ingérés chez certains enfants a limité notre étude.
- Le manque également du suivi des patients après leurs sorties, ainsi que la mauvaise tenue des dossiers médicaux entraînant la perte de certains renseignements.

Nous allons comparer les résultats de notre étude avec ceux d'autres études.

➤ Epidémiologie et caractéristiques socio-démographiques :

- **Fréquence** : Au cours de notre période d'étude, nous avons pu collecter 82 dossiers de patients soit 0,48% de l'ensemble des hospitalisations (17164) dans la même période, cette fréquence est moins importante que celle rapporté par Dr MAIGA (MALI 2016-2018) avec 1,47%. De même, Dr Houchedi Fatima Zohra selon son étude à OUARGLA de 2018 à 2022, Dr SYLLA M et al (MALI 2006) et Dr KOUETA F et al (BURKINA FASO 2009) ; ont noté un pourcentage de 19,9%, 1,08% et 1,4% successivement.
- **Age** : la tranche d'âge entre 02-05 ans représentait 65 % de l'échantillon. Cette tranche d'âge est compatible avec le bilan annuel 2012 du CAP d'Alger avec 33,7% de l'ensemble des intoxications médicamenteuses survenues à tout âge. Cependant, l'étude de Dr MAIGA Fatoumata Faculté de médecine et odontostomatologie « République de Mali » (2016-2018) ; a trouvé que l'âge entre 13 et 48 mois est le plus prédominant et représentaient le même pourcentage que notre étude.
- **Sexe** : le sexe féminin était le plus représenté 60 % des cas et le sex-ratio H/F 0,67. Contrairement à l'étude de Dr MAIGA qui a trouvé une prédominance masculine avec 56,2% soit un sex-ratio de

1,28. De même, l'étude de Dr Bouchedi Fatima Zohra lors de à son mémoire intitulé : Profil des intoxications médicamenteuses au niveau de l'EPH Mohamed Boudiaf d'OUARGLA 2018-2022 ; a trouvé que les intoxiqués masculins sont plus nombreux que le sexe féminin avec un pourcentage de 54% et un sex-ratio de 1,16.

- **Le lieu de résidence :** le milieu rural représentait dans la majorité des cas avec un pourcentage de 61%, ce résultat est plus élevé à celui trouvé chez Dr Dyaa Rkha lors de sa thèse de fin d'étude en médecine à Marrakech publiée en 2022 ; elle a noté que la moitié de ces patients était d'origine rural, contrairement à l'étude de Jaafari (Les intoxications aiguës graves de l'enfant en réanimation. [Thèse de doctorat]. Fès, Maroc : Université sidi Mohammed ben Abdellah faculté de médecine et de pharmacie;2013), qui a révélé un pourcentage de 35%. En Tunisie, l'étude de Kechaou (Les intoxications aiguës en réanimation pédiatrique: Étude rétrospective à l'unité de réanimation pédiatrique au CHU Farhat Hached de Sousse, Tunisie. Toxicologie Analytique et Clinique.2020), qui a objectivé que 80% des cas étaient d'origine urbaine contre seulement 20% d'origine rurale.
- **La disponibilité de la mère:** les informations sur ce sujet sont très insuffisantes, mais dans la majorité des cas, la mère était disponible à temps plein, elle gardait les enfants et consacrait la majeure partie de son temps à prendre soin d'eux, à les éduquer et à répondre à leurs besoins. Ce résultat était similaire avec l'étude de Dr MAIGA qui a trouvé que la personne en charge de la garde de l'enfant était la maman dans 90% des cas.
- **L'état social :** le manque d'informations limitait notre recherche mais dans la plus part des cas, les parents de ces enfants en vie et non séparés.

➤ Les caractéristiques cliniques :

- **Circonstances de l'intoxication médicamenteuse :** le produit était pris par l'enfant lui-même de façon involontaire accidentelle dans 76 % des cas. Ce résultat est beaucoup plus important que celui trouvé dans l'étude de Dr Bouchedi Fatima Zohra; où elle a noté que la circonstance involontaire de l'intoxication représente un pourcentage de 20% mais 70% des cas étaient non connus. Cependant, la tentative de suicide représente 15% des cas dans notre étude et 30% dans les résultats de Dr Bouchedi.
- **La nature du médicament en cause :** la forme comprimée représentait 61 % des cas.
- **Le type du médicament en cause :** Paracétamol représentait le médicament le plus retrouvé dans des cas. Ce résultat pourrait être l'analphabétisme des parents qui se donnent souvent à l'automédication sans connaissance des posologies et des indications. La moitié des intoxications selon l'étude de Dr Bouchedi sont causés par les psychotropes et ces résultats étaient compatibles avec d'autres études principalement au Maroc où le principal groupe des médicaments retrouvés était

mes médicaments du système nerveux suivis des médicaments du système respiratoire ainsi que les antalgiques. Les analgésiques, antipyrétiques et les anti inflammatoires représentaient la première cause des intoxications chez les enfants de moins de 6ans selon l'étude de Dr Lyse Lefebvre pharmacienne à l'institut national de santé publique du Québec (2005).

- **Les signes cliniques :** Les manifestations digestives étaient les plus prédominantes, compatibles avec l'étude de Dr MAIGA, de même l'étude de Dr Lyse Lefebvre a montré que les symptômes observés étaient principalement dus à l'irritation digestive (nausées et vomissements), par contre les signes neurologiques étaient dominés dans l'étude de SYLLA M et al en 2006 ainsi que Dr Dyaa Rkha avec un pourcentage de 73% des cas. On note dans notre étude aussi; 54% des enfants étaient asymptomatiques qui est presque similaire à l'étude de Dr Fournet Alice lors de sa thèse de fin d'étude à la faculté de médecine Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de Guyane 2018 avec un taux de 58%.
- **Examens complémentaires demandés :** Les examens biologiques principalement NFS représentaient les examens de première intention dans 90% des cas, demandé dans 80% des cas lors de l'étude de Dr MAIGA. Cependant certains examens voire indispensables n'ont pas été donnés ou renseignés dans les dossiers. De plus, on a trouvé un taux de 48% des examens complémentaires revenant pathologiques et plus de 50% revenant normaux ;

➤ **La conduite à tenir et la prise en charge :**

- **Le traitement reçu :** Le lavage gastrique représentait la méthode la plus fréquente à utiliser dans 36% tout en respectant le délai de moins de 6h après l'ingestion du médicament toxique. Ce pourcentage est plus important que celui trouvé à l'étude de Pr Rachida Soulaymani-Bencheikh lors de son étude sur Les intoxications chez l'enfant : entre mésinformation et négligence (CASABLANCA 2012); avec seulement 14,4%, et 14% selon l'étude de Dr Dyaa Rkha. Le traitement symptomatique était dans 24% des cas, et 28% ont bénéficié d'une surveillance sans aucun traitement. Les résultats de l'étude du Pr Rachida étaient 25% et 19% successivement. L'antidote n'était pas utilisé chez nous, cependant 41% des cas ont eu recours à un antidote spécifique afin d'éliminer les toxiques selon Dr Dyaa Rkha. L'étude faite par Jaafari qui a constaté que tous les patients étudiés ont bénéficié d'un traitement symptomatique également, 53,5% des cas ont bénéficié d'un lavage gastrique. Cependant, dans l'étude de Dr Achour et al sur les aspects épidémiologiques des intoxications aiguës chez les enfants 1980-2002 au Maroc, seulement 25% des patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique et 2,4% d'un antidote. En Tunisie, Kechaou et al lors de ses recherches sur les intoxications aiguës en réanimation pédiatrique (Étude rétrospective à l'unité de réanimation pédiatrique au CHU Farhat Hached de Sousse) qui ont déclaré que la prise en charge

symptomatique a été réalisée dans 74% des cas. Le traitement avait comporté un lavage gastrique dans 32,5% des cas, le charbon activé dans 41% des cas, un antidote dans 9,23% des cas et l'épuration extra rénale a été réalisée dans 75% des cas.

- **La durée de l'hospitalisation :** La durée d'hospitalisation était de 6 à 24h dans 92% des cas, ce pourcentage est supérieur à celui trouvé chez Dr MAIGA avec un pourcentage de 77,5%, et légèrement inférieur à celui de Dr KOUETA (BURKINA FASO 2009) qui avait trouvé un taux de 97%.
- **L'évolution :** La plupart des intoxications médicamenteuses étaient bénignes et les enfants ont eu la guérison, il n'y avait aucun cas de passation à l'USI ni de décès. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les enfants ont tendance à ingérer de petites quantités de médicaments, ce qui peut réduire la gravité des effets. Dr MAIGA a trouvé que 77,5% des cas selon son étude ont guéri et 17% de décès. Dr KOUETA F et al avait trouvé un taux de guérison de 97%. Cependant, notre taux de mortalité (nul) était similaire à l'étude de Dr Laure Pouget CHU Nice (2013-2018).

3. Conclusion :

Notre étude a permis de confirmer que l'intoxication médicamenteuse est un fait courant chez les enfants et un motif fréquent aux urgences pédiatriques.

Qui est peut être lié à plusieurs facteurs comme :

- Les erreurs de dosage qui peuvent se produire lorsque les adultes administrent incorrectement un médicament aux enfants, ou une ignorance des risques d'intoxication.
- Les conditions météorologiques qui peuvent conduire à d'avantages activités en intérieur du coup les enfants peuvent avoir un accès plus facile aux médicaments à la maison s'ils ne sont pas correctement stockés.
- Les maladies saisonnières hivernales peuvent entraîner une augmentation de la consommation de médicaments chez les enfants et les parents peuvent être plus enclins à administrer des médicaments pour soulager les symptômes liés au rhume, grippe...

En conclusion, ce mémoire souligne l'importance cruciale de comprendre et prévenir les intoxications médicamenteuses chez les enfants. Les interventions éducatives, la surveillance accrue et la sensibilisation des professionnels de la santé sont des aspects essentiels pour minimaliser ces incidents.

En consolidant nos connaissances sur les mécanismes sous-jacents et en renforçant les mesures de prévention, nous pouvons œuvrer collectivement vers un usage plus sûr et plus éclairé des médicaments, garantissant ainsi la santé et le bien-être de la population et les enfants surtout.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Togan D, et Schaller M 1996. *Les intoxications aiguës. Le fait médical*, N° 31
- [2] Guloglu C. and Kara, IH, 2005. *Acute poisoning cases admitted to a university n emergency department in Diyarbakir, Turkey, Human Experimental Toxicology; Vol 24(2) pp49-54*
- [3] France- Dictionnaire LAROUSSE-.
- [4] Organisation mondiale de la santé, traduction effectuée par L.Lefèvre, M.Mathieu, A.Nantel, M.O.Rambourg Schepens. «cdn.who.int.» Traduction effectuée par L.Lefèvre, M.Mathieu, A.Nantel, M.O. Rambourg Schepens. Édité par M.Mathieu, A.Nantel, M.O. Rambourg Schepens Traduction effectuée par L.Lefèvre. Mars 2020. <http://cdn.who.int>.
- [5] SYLLA M., COLIBALY Y, DICKO F.T., KOUROUMA N, TOGO B., KEITA M.M. *Intoxication aigüe accidentelle chez l'enfant au service de pédiatrie de l'Hôpital GT, MALI Médical 2006: 21; (2)50-53.*
- [6] *La tribune Algérie 08/05/2011 Santemaghreb.com*
- [7] SYLLA M, Coulibay Y, Dicko F.T, KOUROUMA N; TOGO B. KEITA M.M *Intoxication aigüe accidentelle chez l'enfant au service de pédiatrie de l'hôpital GT, MALI Médical 2006: 21; (2)50-53.*
- [8] Ayoub Bensakhira on 01 décembre 2014
- [9] *Intoxication médicamenteuse au Maroc; données du CAPM (1980-2008)*
- [10] Bourribon A, Benoist G, Delacourt C *Pédiatrie. France: Elsevier Masson, 2014, 1016p*
- [11] Cremer R, Mathieu-Nolf M. *Epidémiologie des intoxications de l'enfant. Arch Pediatr. 2004; 11(6);677-9.*
- Lamireau T, Llanas B, Kennedy A, Fayon M, Penouil F, Favarell-Garrigues JC, et al. *Epidemiology of poisoning in children; a 7-year survey in a pediatric emergency care unit. Eur J Emerg Med. 2002;9;9-14.*
- [12] Anderson M, Hawkins L, Eddleston M, Thompson JP, Vale JA, Thomas SHL. *Severe and fatal pharmaceutical poisoning in young children in the UK. Arch Dis Child. 2016; 101(7):6536.*
- [13] Geith S, Genzert M, Schmoll S, Acquarone D, Deters M, Sauer O, et al. *Intoxications in Children and 24 Adolescents in Germany. Klin Padiatr. 2018;230(4): 20514.*

- [14] *Le Manuel MSD Version pour professionnels de la santé.*
- [15] *Société de réanimation de langue française.*
- [16] *Actions-traitements.org/quest-ce-quune-interaction-médicamenteuse*
2020 Actons traitements, association de patients VIH et co-infections, conception par IXELIA
- [17] 2012 *Journal de pharmacie clinique*, Auteur: Jean-Baptiste Rey, Département de pharmacie, Institut Jean Godinot, CLCC de Reims, France.
- [18] *Dictionnaire médical de l'académie de médecine version 2023*
- [19] Utrecht J. *Idiosyncratic drug reactions: current understanding. Annu Rev Pharmacol Toxicol*; 47;513-39 [GOOGLE Scholar]/ *Med Science (Paris) 2010*
- [20] *Coyyight2023 CNM- Réalisation Internet Bordeaux*
- [21] 2024 *CNPM Réalisation internet Bordeaux*
Vincent Richard (dernière mise à jour le 14 Mai 2019). Site:
pharmacomedicale.org/pharmacologie/pharmacocinetique/36-etape-du-devenir-du-medicament.
- Jennifer Le, Pharm, MAS, BCPS-ID, FIDSA, FCCP, FCSHP, Skaggs School of pharmacy and pharmaceutical Science, University of California San Diego vérifié et révisé Juin 2022
- [22] *Le manual MSD version pour professionnels de la santé.*
- [23] [24] [25] *Organisation mondiale de la santé, lignes directives pour la lutte contre les intoxications/OMS et coll-O.I.T, Genève, 1998; 115; 7869.*
- [26] [27] [28] *Edwards J,N: Jenking H.L*
- [29] [30] *Toxicologie pédiatrique*
- [31] *Etude épidémiologique des intoxications aiguës chez les enfants moins de 5ans en milieu. Hazards of house hold cleaning products, Humm, toxicol, No 4; 403-409*
- [32] *Le manual MSD*
- [33] *Harrigan R.A, Bradyco.j. ECG a bnormalities intricyclic antidepressant ingestion, A m J Emerg Med 1999; 17: 387-93*
- [34] *Toxicologie SFMU/ STC: de la semiologiee au diagnoptic toxicologique*
- [35] *P.Gaudreault; B.Bailey livre: toxicologie pédiatrique Principes thérapeutiques spécifiques de la toxicologie.*

[36] *Toxicologie pédiatrique*

[37] www.centreatipoisons.be/professionnels-de-la-santé/articles/prise-encharge-des-intoxications.

[38] Tirot P, Harry P, Bouachour G; Alquier P. *Epuration extra rénale en toxicologie Réan.Urg.* 1993;2:27-37

[39] Gouyon JB, co chat P, *Epurations extra rénales en réanimations pédiatriques. Rev.Prat.*1996; 44:1353-7

[40] www.centreatipoisons.be

[41] Pr. Vincent Dan, *Université Grenoble Alpes. Derriere revision: Novembre 2017*

[42] Chiu Al, Glud C, BROK J, Buckley NA. *Interventions for paracetamol (acétaminophen) overdose. Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Feb 23.2(2)

[43] [44] Pr Vincent Danel *Université Grenoble Alpes; dernière révision:Novembre 2017*

[45] www.cbip.be/fr

Pharmacomedical.org/pharmacologie/risque-des-médicaments

[46] *La revue algérienne de Toxicologie Dr W.Iddir*

Résumé :

L'objectif de ce travail était d'étudier la prévalence et l'incidence des intoxications médicamenteuses aux urgences pédiatriques au niveau de l'EHS Tlemcen sur une période d'une année du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2023. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive. Bien que les informations étaient insuffisantes, mais on a pu colliger 82 cas d'intoxications, ce qui représentait un taux de 0,48% de l'ensemble des hospitalisations, la tranche d'âge 02-05ans était la plus touchée avec 67% des cas, une prédominance féminine et le sexe ratio était de 0,84. Les intoxications survenaient dans la majorité des cas de façon involontaire accidentelle et le médicament le plus impliqué était le paracétamol; en vente libre et qui se trouve dans de nombreuses maisons. Les signes cliniques les plus fréquents étaient les troubles digestifs. Enfin, la prise en charge était essentiellement symptomatique, et l'évolution était favorable.

Conclusion : Les intoxications médicamenteuses sont des motifs fréquents aux urgences pédiatriques mais la plupart sont bénignes.

Mots clés : intoxication médicamenteuse, pédiatrie

Abstract:

The aim of this study was to investigate the prevalence and incidence of drug intoxication in pediatric emergencies at EHS for a period of one year from January 1 to December 31, 2023. This is a retrospective descriptive study. Although information was insufficient, we were able to collect 82 cases of intoxication, this represents a rate of 0,48% of all hospitalizations, the 2-5 age group being the most affected with 67% of cases, predominantly female and the sex ratio was 0,84 . Poisoning occurred in the majority of cases unintentionally and accidentally, and the drug most involved was the Paracetamol; found in many homes. The most frequent clinical signs were digestive disorders. Finally, the treatment was mainly symptomatic and the evolution was favorable.

Conclusion: Drug intoxication is a frequent complaint in pediatric emergency departments, but most are benign.

Key words: drugs intoxication, pediatrics.

الملخص:

الهدف من هذا العمل هو دراسة مدى انتشار و حدوث حالات التسمم في قسم طوارئ الأطفال لمستشفى تلمسان, و مقارنتها على مدار سنة كاملة من 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2023, هذه الدراسة وصفية بأثر رجعي, على الرغم من عدم وجود معلومات كافية تمكنا من جمع 82 حالة تسمم و هذا يمثل نسبة 0,48% من مجموع الحالات, كانت الفئة العمرية بين 2 و 5 سنوات هي الأكثر تضررا بنسبة 67% من الحالات معظمهم من الإناث وكانت النسبة بين الجنسين 0,84. حدثت حالات التسمم في معظم الأحيان عن طريق الخطأ من غير قصد و كان الدواء الأكثر استعمالا هو الباراسيتامول الذي لا يستلزم وصفة طبية و الذي يتواجد في معظم البيوت. كانت الأعراض المرضية الأكثر شيوعا هي اضطرابات الجهاز الهضمي. أخيرا تم التكفل بمعظم الحالات عن طريق علاج هذه الأعراض و جميع الحالات تماثلت للشفاء.

الخلاصة : يعد التسمم بالأدوية شكوى و حالة استعجالية متكررة في قسم طوارئ الأطفال و لكن معظمها حميدة,
الكلمات المفتاحية : التسمم الدوائي, طب الأطفال

