

Intoxication au paracétamol

Doses toxiques

ADULTE : 10 g

ENFANT : 150 mg/kg

Présentation typique :

- Tableau clinique pauvre
- Nausée, vomissements
- Surdosage massif : douleurs abdominales

- Les **ASAT ALAT** s'élèvent 12 à 24 h après l'ingestion de dose toxique

- **Insuffisance hépatocellulaire** avec hyperbilirubinémie dans les formes graves – 24 à 72 heures après la prise

- **Insuffisance rénale aiguë** compliquant l'insuffisance hépatocellulaire

PIEGES :

Paracétamolémie réalisée : **dans les 4^{èmes} heures de l'intoxication n'est pas interprétable +++** (Faussement rassurante)

Terrains fragilisés éthylique chronique, médicaments inducteurs, dénutris

Signes de gravité :

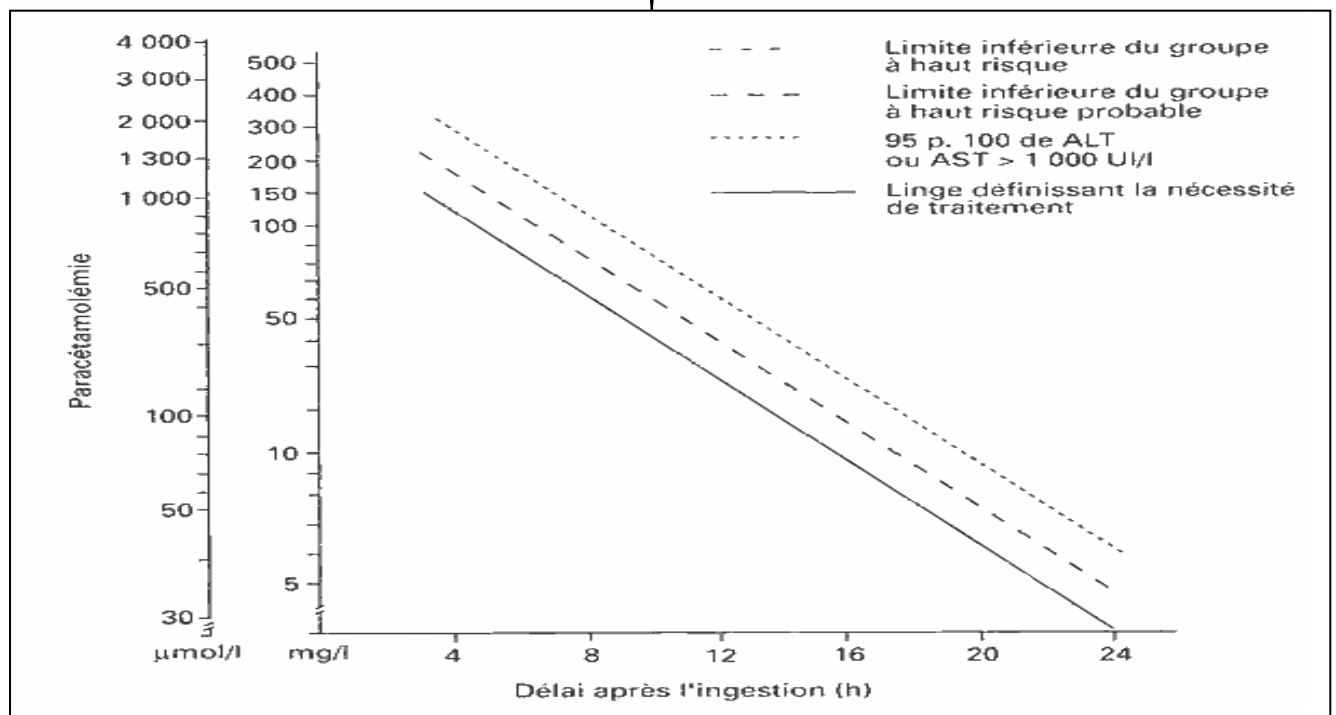
DOSE SUPPOSEE INGEREE = DSI

DSI < 125 mg/kg	Jamais de cytolyse
DSI < 175 mg/kg	Atteinte hépatique rare, toujours bénigne
DSI < 250 mg/kg	Atteinte hépatique quasi constante
DSI < 350 mg/kg	Atteinte hépatique toujours sévère

TRANSPLANTATION HEPATIQUE :

si TP < 40% , avis spécialisé

Diagramme de Prescott :



Bilan biologique	Conduite thérapeutique
<p style="text-align: center;">BB créatinémie - ASAT-ALAT - TP Paracétamolémie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'heure d'intoxication est connue : <p>Utilisation du nomogramme de Prescott</p> <p>!! ne peut pas être utilisé</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ en cas surdosage chronique ○ en cas d'ingestions multiples ○ présentations à libération prolongée ○ sujet à risque (insuffisance hépatique, dénutris...) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si heure d'intoxication inconnue : calculer la demi-vie plasmatique <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 prélèvements successifs effectués à 4 heures d'intervalle <ul style="list-style-type: none"> ▪ une hépatite est probable lorsque la demi-vie dépasse 4 h ▪ l'atteinte est sévère lorsque la demi-vie dépasse 10 h <p>CAS PARTICULIER : Chez l'enfant dosage possible dès la 2^{ème} heure pour les formes buvables</p>	<p>1. CHARBON ACTIVE < 2 heures</p> <p>2. N ACETYL CYSTEINE (fluimucil®)</p> <p>Mise en route du fluimucil ® :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AVANT paracétamolémie si DSI > 150 mg/kg, (la paracétamolémie permet d'envisager la poursuite) ▪ SINON attendre la paracétamolémie et la rapporter au nomogramme de Prescott <p style="text-align: center;">PER OS :</p> <p>A privilégier si pas de vomissement car moins coûteux et mieux toléré</p> <p style="text-align: center;">140 mg/kg (dose de charge) puis 70 mg/kg/4h pendant 72h</p> <p>inconvenient : mauvaise tolérance digestive, incompatible avec le charbon activé</p> <p style="text-align: center;">VOIE INTRA VEINEUSE :</p> <p style="text-align: center;">150 mg/kg dans 250 de SG5% sur 1h puis 50 mg/kg dans 500 ml de SG5% en 4h puis 100 mg/kg dans 1000ml de SG5% en 16h</p> <p style="text-align: center;">Arrêt du Fluimucil® :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si Paracétamolémie en dessous de la ligne définissant la nécessité de traitement <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si demi vie < 4h <p>Sinon Poursuivre jusqu'à ce que la paracétamolémie soit indétectable</p> <p style="text-align: center;">Possible chez la femme enceinte</p>

Orientation :

- Si intoxication non sévère : UHCD
- Si intoxication sévère : avis réanimateur médical
- Si TP < 40% : transfert vers un centre de greffe hépatique

Message clé :

Raisonner avec Paracétamolémie fiable