

Introduction et épidémiologie

Les organophosphorés (OP) utilisés comme insecticides sont très variés sur le marché marocain. Ce sont des inhibiteurs de la cholinestérase plus ou moins liposolubles qui agissent sur le système nerveux. Selon l'OMS, ils sont responsables de près de 200.000 décès par an dans le monde. Les données du Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, ont montré que les intoxications par les pesticides ont représenté 10,1% des cas d'intoxications dont 57,4% étaient dus aux OP [1,2].

Prise en charge d'une intoxication par les organophosphorés [3,4,5,6,7]

La prise en charge des intoxications par les organophosphorés repose sur un traitement symptomatique et un traitement spécifique concomitants. L'intérêt du traitement symptomatique est de lutter contre une défaillance respiratoire associée ou non à des troubles de conscience. Le traitement spécifique repose sur l'atropine et les régénérateurs des cholinestérases «les oximes» dont la pralidoxime est la plus utilisée à travers le monde.

Présentation et mode d'action

Le méthylsulfate de pralidoxime (Contrathion^R) est capable de réactiver l'acétylcholinestérase bloquée par les OP. Son administration doit se faire dans les 36 heures suivant l'intoxication, avant le vieillissement de l'acétylcholinestérase phosphorylée. Le Contrathion^R se présente sous forme d'une solution injectable en sous cutané, IM et IV à 0,4mg/1 ml.

Indications

Traitement des intoxications modérées et sévères par les pesticides organophosphorés et substances apparentées exerçant un effet anticholinestérasique.

Posologie et mode d'administration

La solution doit être préparée immédiatement avant l'injection, en versant la totalité de l'ampoule du solvant dans le flacon contenant la poudre.

- **Chez l'adulte :** Un bolus de 200 mg à 2 g selon la sévérité de l'intoxication, dilués dans 100 ml de sérum salé injectés par voie IV en 15 à 30 minutes. Suivi d'une perfusion de 5 à 8 mg/kg/h pendant 48 heures, en raison de la courte demi-vie de l'oxime (74 ± 15 min) et de la redistribution secondaire des OP à partir des graisses.
- **Chez l'enfant :** 20 à 40 mg/kg suivant la sévérité de l'intoxication et la réponse au traitement, une dose d'entretien de 10 mg/kg/h, sera maintenue tant que nécessaire.
- **Chez l'insuffisant rénal :** Les doses doivent être réduites.

Gestion de la pralidoxime

La pralidoxime est actuellement inscrite sur la liste des médicaments essentiels du Ministère de la Santé. Son acquisition se fait par le CAPM à travers la Division de l'approvisionnement. Elle est distribuée au niveau des services de réanimation médicale. Les commandes se font annuellement en fonction du nombre de déclarations des intoxications par OP et du stock restant au niveau du CAPM.

Pharmacovigilance [5,8]

➤ Précautions d'emploi

- Les doses doivent être réduites chez les patients ayant une fonction rénale altérée;
- L'atropine étant habituellement associée à la pralidoxime, contrôler de façon permanente l'état de la pupille et de la fréquence cardiaque;
- Grossesse : L'effet de cet antidote n'étant pas connu pendant la grossesse, il ne doit être utilisé que lorsque l'intoxication menace la vie de la femme enceinte;
- Allaitement : L'intoxication organophosphorée rend, par elle-même, nécessaire l'arrêt, au moins temporaire, de l'allaitement.

➤ Surveillance

Contrôle de la fréquence respiratoire (réapparition de la dépression respiratoire), de la pression artérielle, de l'état des poumons (risque d'œdème pulmonaire à très forte dose et /ou antécédents cardiovasculaires) et de la fréquence cardiaque (tachycardie).

➤ **Surdosage**

La pralidoxime pourrait, à dose très élevée, aggraver le bloc neuromusculaire dû à l'organophosphoré.

➤ **Effets indésirables**

- Troubles visuels : Vision dédoublée ou floue;
- Malaise, vertiges, céphalées, tachycardie;
- L'injection d'atropine, souvent associée à ce traitement, est responsable des éventuels effets atropiniques.

➤ **Contre-indications:** Hypersensibilité à la pralidoxime

Références

1. Worek F, Koller M, Thiermann H, Szincz L. Diagnostic aspects of organophosphate poisoning. *Toxicology*. 2005;214:182-9.
2. Eddleston M, Buckley NA, Eyer P, Dawson AH. Management of acute organophosphorus pesticide poisoning. *Lancet*. 2008; 371:597-607.
3. Eddleston M, Buckley NA, Eyer P, Dawson AH. Medical treatment of acute poisoning with organophosphorus and carbamate pesticides. *Lancet*. 2008 February. 16; 371,9612: 597–607.
4. Eddleston M, Phillips MR. Self-poisoning with pesticides. *BMJ*. 2004;328:42-4.
5. Saïssy JM, Rüttimann. Intoxications par les organophosphorés. *Médecine d'urgence*. 1999.
6. Baud FJ, Barriot P, Riou B. Les oximes. In: Bismuth C, dir. *Les antidotes*. Paris: Masson; 1992. p. 227-46.
7. Namba T, Hiraki K. PAM (pyridine-2-aldoxime methiodite) therapy for alkyl-phosphahate poisoning. *JAMA*. 1958; 166:1834-9.
8. Eyer P, Buckley N. Pralidoxime for organophosphate poisoning. *Lancet*. 2006;368:2110-1.