

LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES DOMESTIQUES DE L'ENFANT AU CHU GABRIEL TOURE

Accidental household poisoning of the child at the Gabriel Toure university hospital center in Bamako.

Sacko K¹, Maiga B¹, Diakité AA¹, Traoré F¹, Togo P¹, Coulibaly O¹, Doumbia AK¹, Konaté D¹, Diakité FL¹, Konaré H¹, Dembélé A¹, Diall H¹, Cissé ME¹, Touré A¹, Traoré M², Coulibaly YA¹, Diarra D¹, Dicko FT¹, Sylla M¹, Togo B¹.

¹Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré, Bamako ; ²Centre de Santé de référence de la commune V de Bamako

Auteur correspondant : Karamoko Sacko CHU Gabriel Touré, département de pédiatrie. Karamoko_sacko@yahoo.fr

RESUME

Les intoxications accidentelles domestiques de l'enfant sont des urgences médicales pédiatriques fréquentes dans les pays en développement. **Le but de notre travail** était d'étudier les aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aiguës accidentelles domestiques chez les enfants âgés de 0 à 15 ans admis aux urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré. **Méthode** : Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte prospective qui s'est déroulée du 01 janvier 2014 au 31 décembre 2014. Ont été inclus tous les patients âgés de 0 à 15 ans admis aux urgences pédiatriques pour intoxications aiguës accidentelles. **Résultats** : Cent cas d'intoxications accidentelles aiguës ont été colligés. Les enfants âgés de moins de cinq ans représentaient 94%. La majorité des mères était des femmes au foyer et avait la garde des enfants (83%). Quarante-neuf pour cent des mères n'étaient pas scolarisées. Le lieu de stockage du produit était intradomiciliaire dans 96% des cas. Le produit était pris par l'enfant lui-même (88%). Un geste sur le lieu de l'accident était rapporté dans 68% des cas, l'ingestion de lait (72 %) et de l'eau (10%) avaient été les premiers gestes utilisés. L'hôpital était le lieu du premier recours (72%). La durée entre la prise du produit et l'admission à l'hôpital était de 1 à 5 heures dans 58% des cas. Les vomissements (37 cas), l'agitation (17 cas) et la détresse respiratoire (16 cas) étaient les symptômes les plus rencontrés. La soude caustique (18%) et l'eau de javel (17 %) étaient les produits d'intoxication les plus retrouvés. Les produits domestiques (48%) suivis des médicaments (33%) venaient en tête parmi les familles de toxiques. L'évolution était bonne avec une guérison sans séquelle (93%). **Conclusion** Les intoxications aiguës accidentelles aux produits domestiques sont courantes au Mali. Le délai d'admission à l'hôpital reste toujours long, les gestes inappropriés apportés aux patients sur le lieu de l'accident aggravent souvent le tableau mais sont largement effectués par les parents avant le recours aux soins de santé.

Mots clés : Intoxication, Enfant, Bamako.

SUMMARY

Introduction: Household accidental child poisonings are frequent pediatric medical emergencies in developing countries. **Objective:** To study the epidemiological, etiological, clinical and therapeutic aspects of acute accidental domestic poisoning in children aged 0 to 15 years admitted to the pediatric emergency department of Gabriel Toure. **METHOD:** This was a prospective, descriptive study that ran from January 1, 2014 to December 31, 2014. All patients aged 0 to 15 years admitted to pediatric emergencies for acute intoxication were included. **Results:** A hundred cases of acute accidental poisoning were collected. Children under five accounted for 94%. The majority of mothers was housewives and had custody of children (83%). Forty-nine percent of the mothers were unschooled. The place of storage of the product was indoor in 96% of cases. The product was taken by the child himself (88%). A gesture at the scene of the accident was reported in 68% of cases, the ingestion of milk (72%) and water (10%) were the first acts used. The hospital was the first resort (72%). The time between taking the product and admission to hospital was 1 to 5 hours in 58% of cases. Vomiting (37 cases), agitation (17 cases) and respiratory distress (16 cases) were the most common symptoms. Domestic products (48%) followed by drugs (33%) ranked first among the families of poisons. Caustic soda (18%) and bleach (17%) were the most commonly found intoxication products. The evolution was good with a cure without sequelae (93%). **Conclusion:** Accidental acute intoxications to household products are common in Mali. The hospital admission deadline is still long; the actions taken by patients at the accident site often aggravate their states but are largely done by the parents before the use of health care. **Key words: Poisoning, Child, Bamako**

INTRODUCTION

L'intoxication accidentelle aiguë domestique se définit comme l'ensemble des manifestations pathologiques consécutives à une ingestion accidentelle d'aliments, de produits domestiques, ou de médicaments [1].

Elle s'inscrit dans le cadre global des pathologies accidentelles de l'enfant notamment les accidents domestiques. C'est donc un problème fréquent en pédiatrie dont l'issue est parfois dramatique.

La gravité de l'intoxication aiguë de l'enfant est liée à sa morbidité, sa mortalité et aux

séquelles. L'évolution peut être sévère, voire mortelle en l'absence de prise en charge appropriée [2].

Les intoxications aiguës représentent 1,08% des d'hospitalisations et touchent surtout les enfants de moins de 5 ans au service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré [1].

Devant la prise en charge complexe et les capacités d'accueil limitées nous avons initié ce travail pour étudier l'épidémiologie, les aspects cliniques et les modalités thérapeutiques de l'intoxication aiguë chez les enfants de 0 à 15 ans dans le département de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte prospective menée du 01/01/2014 au 31/12/2014 dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako. Ont été inclus, les enfants âgés de 0 à 15 ans, admis aux urgences pédiatriques pour intoxications accidentelles aiguës prouvées. Les renseignements concernant chaque enfant étaient recueillis sur une fiche d'enquête individuelle élaborée et testée par l'équipe. Les variables épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été étudiées. Les données ont été analysées par le logiciel EPI-INFO 6.4, les variables ont été comparées par le test de khi 2 de Pearson, et considérées validées pour une probabilité p inférieure à 0,05.

RESULTATS

Nous avons inclus 100 enfants de 0 à 15 ans sur 5324 enfants admis aux urgences pédiatriques durant notre étude d'une année soit une incidence de 1,88%. Les enfants de moins de cinq ans représentaient 94%. Le sexe ratio était proche de 1 (M=52 ; F=48). La personne en charge de la garde de l'enfant était surtout la mère avec 83% suivie de la grand-mère 9% et de l'aide-ménagère avec 7%. Les mères étaient femmes au foyer dans 82% des cas et étaient non scolarisées dans 49% des cas. L'auto-ingestion représentait 88%; le lieu d'ingestion du produit était intra domiciliaire (96%) (Tableau I). Les produits à usage domestique représentaient 48 % suivis des médicaments 33% dont les principaux étaient le paracétamol, l'aspirine et le phénobarbital. La soude caustique était le produit domestique le plus en cause avec 18%, suivie de l'eau de javel (17%) et du pétrole (13%). Les produits à usage agricole occupaient 13,% des intoxications mais leur nature n'était pas spécifiée. Les intoxications aux produits alimentaires étaient dues aux repas mal conservés (Figure 1). Un seul cas d'empoisonnement a été enregistré mais la nature du poison n'a pas pu être déterminée. L'attitude de l'entourage sur le lieu de l'accident était l'administration de lait (72 %) et de l'eau (10 %) avant l'admission à l'hôpital. Le lieu du

premier recours était l'hôpital (72 %). Il y avait 28 cas de troubles neurologiques (17 cas d'agitation, 5 cas de coma et 4 cas de somnolence), 71 cas de troubles digestifs dont 37 cas de vomissements, 15 cas de brûlure buccale et 14 cas d'hyper salivation. Les troubles thermiques avaient été observés chez 23% des cas. La détresse respiratoire était le trouble respiratoire le plus fréquemment retrouvé avec 16% des cas (Tableau II). Compte tenu des difficultés à réaliser les examens complémentaires, la fibroscopie avait été faite chez 25 enfants et 64 enfants avaient bénéficié d'une numération formule sanguine. Le dosage de toxique n'est pas disponible dans nos structures. La prise en charge était basée sur les signes cliniques, la majorité (96%) des enfants avait été observée à l'hôpital pendant 24 heures et 25% avaient bénéficié d'une hospitalisation de plus de 24 heures. Le traitement était surtout symptomatique (94,6%), la diurèse forcée avait été indiquée chez 23 enfants, le pansement gastrique chez 16 enfants et le lavage gastrique chez 10 enfants. L'évolution était marquée par la guérison sans séquelle avec 93% des cas. Nous avons enregistré deux cas de décès (figure 2).

DISCUSSION

Nous avons enregistré 100 cas d'intoxications sur une admission totale de 5324 soit une incidence de 1,88%. Cette incidence pourrait s'expliquer par l'assurance que les parents ont de recourir à une structure de haut niveau vu le caractère inquiétant d'une intoxication. Sylla et Al rapportaient en 2006 dans le même service une fréquence moindre avec 89 cas d'intoxications accidentelles aiguës sur les 8237 enfants admis en deux ans soit une fréquence de 0.8%[1]. Kouéta et al en 2009 au Burkina Faso retrouvaient une fréquence comparable dans leur étude sur les IAA de l'enfant au CHU pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou avec 123 cas en deux ans, soit une fréquence de 1,3 % [3].

Les enfants de moins de cinq ans représentaient 94% des admis pour intoxication accidentelle aiguë et le sexe masculin était le plus représenté avec 52 %. Ces résultats sont comparables à ceux de Sylla et al. en 2006 qui avaient trouvé 55 cas de sexe masculin soit 61,8% et 34 cas de sexe féminin soit 38,2%. Dans l'étude de Kouéta et al en 2009 au Burkina Faso, les IAA touchaient majoritairement les enfants âgés d'un an à quatre ans (74 cas, soit 60 %) et le sexe masculin prédominait avec 54,5 % [3]. La personne en charge de la garde de l'enfant était surtout la mère (83%) suivie de la grand-mère (9%) et de la ménagère (7%). La profession de ces mères était femmes au foyer (82%) et elles étaient non scolarisées (49%). Ces résultats sont similaires à celui de l'étude de Sylla et al en 2006 dans le même service qui

trouvaient que la garde des enfants était assurée par les mères dans 75,3% des cas ; la profession de ces mères était femme au foyer (71,9%) mais avec une proportion plus élevée de non instruites (84,5%)[1].

Le produit était ingérés par l'enfant lui-même (88/100), le lieu d'ingestion du produit était intra domiciliaire (96%) et le plus souvent stocké dans la cour (38%), la chambre à coucher (26%) et la cuisine (20%). Ce résultat reflète les données de la littérature, comme en France où l'accident survient dans la majorité des cas en intradomiciliaire et surtout dans la cuisine qui reste le premier lieu de stockage [4]. Cet état de fait s'explique aisément par le non respect des conditions de conservation des produits à usage domestique et la négligence des parents.

Les produits en cause étaient dominés par les produits à usage domestiques (48%) suivi des médicaments. Woo et al en Corée, dans leur étude sur les intoxications chez les enfants et les adolescents en 2013, trouvaient que les produits domestiques, les médicaments et les soins induits viennent successivement au premier rang [6]. Kouéta et al en 2009 au Burkina Faso dans leur série sur les IAA de l'enfant au CHU pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou trouvaient que les produits domestiques occupaient la première place des toxiques avec 44,7% des cas et parmi eux, le pétrole et les produits cosmétiques représentaient respectivement 54,5% et 18,2% [3]. Par contre, Sylla et al en 2006, trouvaient que les médicaments occupaient la première place avec 41,6% suivis des produits ménagers (33,7%) [1]. Dans leur série, il s'agissait surtout d'erreurs de prescription ou d'automédication. Les neuroleptiques sont les médicaments qui sont surtout en cause en France [5]

Cette prédominance des produits domestiques pourrait s'expliquer par leur accessibilité et leur utilisation constante dans les travaux ménagers. Dans notre étude, la soude caustique (18%) était le produit domestique le plus en cause, suivi de l'eau de javel (17%) et du pétrole (13,0%). Ces produits sont le plus souvent utilisés à l'intérieur des maisons dans la préparation des aliments, le nettoyage de la maison et des habits ou dans l'éclairage ou l'allumage du feu. Au Nigeria selon Adejuyigbe et al en 2002, les dérivés du pétrole constituaient 40,9% des causes d'intoxication [7]. Les produits à usage agricole occupaient 13,% des intoxications mais leur nature n'était pas spécifiée. Par contre les intoxications aux produits alimentaires étaient dues aux repas mal conservés. Un seul cas d'empoisonnement a été enregistré ; mais la nature du poison n'a pas pu être déterminée. L'attitude de l'entourage sur le lieu de l'accident était l'administration de lait (72 %) et de l'eau (10 %) avant l'admission à l'hôpital. Le lieu du

premier recours était l'hôpital (72 %). L'administration de lait était également le premier geste effectué (33,4%) avant la consultation médicale dans la série de Sylla et al en 2006 suivie de l'induction de vomissements [1]. Ces attitudes sont basées sur des fausses croyances et peuvent nuire dans certains cas d'intoxication comme la soude caustique et l'eau de javel en aggravant les lésions de retour.

Il y avait 28 cas de troubles neurologiques (17 cas d'agitation, 5 cas de coma et 4 cas de somnolence), 71 cas de troubles digestifs dont 37 cas de vomissements, 15 cas de brûlure buccale et 14 cas d'hyper salivation. Les troubles thermiques étaient observés chez 23,0% des cas. La détresse respiratoire était le trouble respiratoire le plus fréquemment retrouvé avec 16% des cas. Samaké et al. avait trouvé en 2006 dans sa série une prédominance des troubles neurologiques avec 41,68 % des cas suivie de troubles digestifs (30,02%), de troubles cardiovasculaires (14,03 %) et de troubles respiratoires (8,20 %) [8]. Sylla et al en 2006 trouvaient également que les troubles neurologiques étaient dominantes suivies des signes respiratoires et digestifs [1]. Seules 25 enfants avaient bénéficié d'une fibroscopie. La fibroscopie revêt une importance capitale lors de l'intoxication aux produits caustiques car elle est indispensable pour établir un bilan de la lésion œsogastrique. La qualité de la prise en charge a été affectée par le délai d'admission, le manque d'antidotes spécifiques et l'insuffisance de matériel de réanimation adéquate. Cette prise en charge était basée sur le traitement symptomatique. La majorité des enfants (94%) avait été observée à hôpital pendant 24 heures et 25% avaient bénéficié d'une hospitalisation de plus de 24 heures. Le traitement était surtout symptomatique, la diurèse forcée (23 cas), le pansement gastrique (16 cas), le lavage gastrique (10 cas). Contrairement à une opinion répandue, les antidotes sont loin de représenter l'essentiel du traitement des I A. D'une manière générale, ils ne sont utiles que si les effets du toxiques sont réversibles, donc essentiellement lors des intoxications vues précocement. L'évolution était marquée par la guérison sans séquelle avec 93% des cas. Nous avons enregistré deux cas de décès. Des résultats similaires ont été enregistrés dans l'étude de Kouéta et al en 2009 [9] au Burkina Faso où l'évolution des patients était favorable dans la majorité des cas, avec 97 % de guérison et un taux de létalité de 3,4 %. Le taux de létalité largement inférieur dans notre série comparé à celui de Sylla et al en 2006 dans le même service (13,7%) [1] pourrait s'expliquer par l'amélioration du plateau technique et la sensibilisation continue des parents sur le premier geste face à une intoxication.

CONCLUSION

La fréquence des intoxications accidentelles aiguës est en augmentation au Mali. Une sensibilisation sur les conditions de stockage intra-domiciliaire des produits pourrait réduire le risque. Le délai d'admission à l'hôpital reste toujours élevé, les gestes inappropriés apportés aux patients sur le lieu de l'accident aggravent souvent le tableau. La mise en place d'un centre antipoison sera une solution idoine pour la prise en charge efficace et efficiente de ces patients.

REFERENCES

- Sylla M, Coulibaly Y, Dicko FT, Kourouma N, Togo B, Keita MM.** Intoxication aiguë accidentelle chez l'enfant au service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. Mali Médical. 2006 ; 21 (2) : 50-53
- Rkain M, El Kettani S, Rhalem N, Benjelloun BSD.** Profil épidémiologique des incidents et intoxications aiguës accidentelles chez l'enfant. Espérance Médicale. 2011 ; 18 (181) : 532-535
- Kouéta F, Dao L, Diarra Y, Fayama Z, Sawadogo A.** Les intoxications aiguës accidentelles de l'enfant : aspects épidémiologiques, étiologiques et évolutifs au CHU pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso). Cahiers Santé. 2009 ; 19 (2) : 55 - 59
- Cremer R, Mathieu-Nolf M.** Epidémiologie des intoxications de l'enfant. Arch Péd. 2004 ; 11 : 677-9.
- Pequicnot H.** Intoxication aiguë accidentelle. Pathologie médicale. Paris. 2000 ; 2 : 431-433
- Woo JH, Ryoo E.** Poisoning in Korean Children and Adolescents. Korean Soc Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2013 ; 16(4):233-9.
- Adejuyigbe E, Onayade A, Senbanjo I, Oseni S.** Childhood poisoning at the Obafemi Awolowo University Teaching Hospital, Ile-Ife, Nigeria. Nigeria J Med. 2002 ; 11(4):183-6.
- Samake BM, Coulibaly Y, Diani N, Drame AI, Cisse MA, Doumbia M.Z.** Profil épidémiologiques des intoxications aiguës au service des urgences au CHU Gabriel TOURE., Mali Médical. 2011 ; 26 (3) : 34- 36
- Lavaud J.** Intoxications aiguës de l'enfant. Paris, Encyclopédie médicochirurgicale. 2002 ; 15: 4125-23.
- Fournier E.** généralités sur les intoxications. Paris, encyclopédie médicochirurgicale. 1993 ; 848.
- Mantz J, Kopferschmitt J, Sauder P.** Les intoxications médicamenteuses aiguës : épidémiologie, étiologie générale et apport de la toxicologie biologique. Liège, Rev Médicale. 2006;61(3):185-9.
- Ekouya Bowassa G, Oko A, Okoko AR, Moyon GM.** Les intoxications aiguës chez l'enfant à Brazzaville. Rev. CAMES. 2008 ; 6 : 85 - 87
- Merger D, Bailey B, Dubé AP, Bussièrès JF,** Intoxications involontaires chez l'enfant : mise à jour 2012, Québec Pharmacie. 2012 ; 59 (1) : 52 - 55
- Saïssy JM, Rüttimann M.** Intoxications par les organophosphorés Consensus d'actualisation SFAR - Médecine d'urgence 1999.
- Soulaymani-Bencheikh R.** Les intoxications chez l'enfant : entre mésinformation et négligence. Toxicologie Maroc. 2012 ; 12 : 1 - 5
- Gueye M, Fall AL, Sylla A, Niouky/Sanon G, Diagne/Gueye NR, Boiro D.** Les intoxications aiguës de l'enfant aux hydrocarbures à Dakar. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs. Médecine d'Afrique Noire. 2014 ; 61(1) : 41 - 45
- Leclerc F, Lejeune C, Martinot A, Closset M, Fourier C, Diependaele JF, Hue V, Cremer R.** Peut-on traiter les intoxications médicamenteuses aiguës pauci symptomatiques de l'enfant par une prise unique de charbon actif ? Rean. Urg. 1995 ; 4 (5) : 571-576
- Baudet M, Amoureux N, Houin G.** Intoxications accidentelles domestiques, Revue Française des Laboratoires. 2000 ; 323 : 45 - 49
- Paget C, Menard S, Wroblewski I, Gout JP, Danel V, Bost M.** Intoxication aiguë par organophosphorés à la suite de l'utilisation d'un insecticide comme shampoing anti-poux. Archives de Pédiatrie. 2002 ; 9 : 913-916.
- Samaké BM, Coulibaly Y, Diani N, Dramé AI, Cissé MA, Doumbia MZ, Sanou F1, Diallo A.** Profil épidémiologique des intoxications aiguës au C.H.U. Gabriel Toure. Mali Médical. 2011,26 (3) : 34 - 36

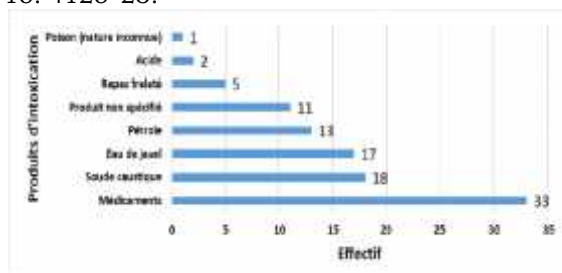


Figure 1 : Nature du produit d'intoxication

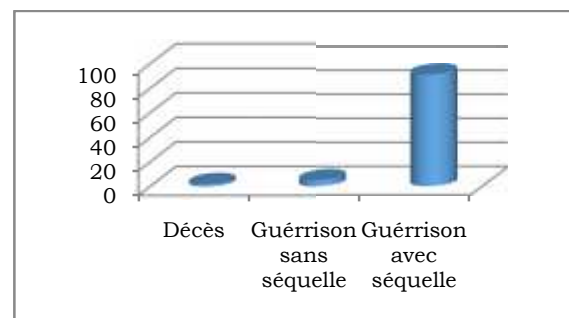


Figure 2 : Devenir des patients

Tableau I : Caractéristiques anamnestiques

Caractéristiques	Effectif	%
lieu de stockage		
Intra domiciliaire	96	96
Cour	37	38,5
Chambre	25	26,0
Cuisine	20	20,8
Toilette	8	8,3
Salon	6	6,3
Extra domiciliaire	4	4
Rue	2	2
Marché	2	2
Geste effectué ou produit utilisé		
Ingestion de lait	49	72,1
Ingestion d'eau	7	10,3
Ingestion de médicaments	5	7,4
Ingestion d'huile	1	1
Autres produits	6	8,8
Durée de prise du produit en heure		
<1	28	28,0
1-5	58	58,0
6-10	3	3,0
>10	11	11,0

Tableau II : Caractéristiques cliniques

Signes	Effectif (n=100)	(%)
Troubles neurologiques		
Agitation	17	17
Coma	5	5
Somnolence	4	4
Autres	2	2
Troubles digestifs		
Vomissement	37	37
Brûlure	15	15
Hyper salivation	14	14
Diarrhée	13	13
Douleur abdominale	9	9
Ballonnement	5	5
Nausées	3	3
Troubles thermiques		
Hyperthermie	14	14
Hypothermie	9	9
Troubles respiratoires		
Détresse respiratoire	16	16
Toux	5	5
Autres*	2	2
Troubles trophiques		
Pâleur	5	5
Brûlure	4	4
Déshydratation	4	4
Hypersudation		
Troubles cardiovasculaires		
Tachycardie	3	3
Bradycardie	1	1