**INTOXICATION AU PARACETAMOL**

*Forum Medical Suisse 2018; 18(21):437–439*

*Pediatrics in Review 2018; 39;316*

* Dose toxique de paracétamol:
  + 150 mg/kg chez l’enfant
  + 7,5-10 g chez l’adulte
  + Seuil encore plus si alcoolique, traitement par izoniazide (=inducteur enzymatique), patients malnutris (déficit en glutathion)
* Absorption
  + Pic plasmatique 1h post ingestion (plus lent si prise avec autres médicamemts)

**PHYSIOPATHOLOGIE**

* Paracétamol 🡪 transformation par cytochromes p450 hépatiques en NAPI (N-Acétyl-P-benzoquinone-Imine) qui est toxique🡪 nécrose centro-lobulaire et insuffisance hépatique + nécrose tubulaire rénale
* Normalement le NAPI est conjugué dans le foie grâce au glutathion en un composé non toxique sauf si la quantité déborde la quantité de glutathion
* La NAC permet de restaurer les réserves en gluathion car la cystéine est un précurseur du glutathion mais plus efficace si elle est donnée **dans les 8h post iongestion**

**CLINIQUE**:

* Spt GI (nausée, vomissements, anorexie) +malaise, sudation, pâleur
* Spt neurologique si intoxication très sévère
* Bilan hépatique anormal (possiblement précocement anormal dès 12h )
* Signes clinique d’insuffisance hépatique +/- rénale (ictère, encéphalopathie hépatique, coma) avec pic à J3-5

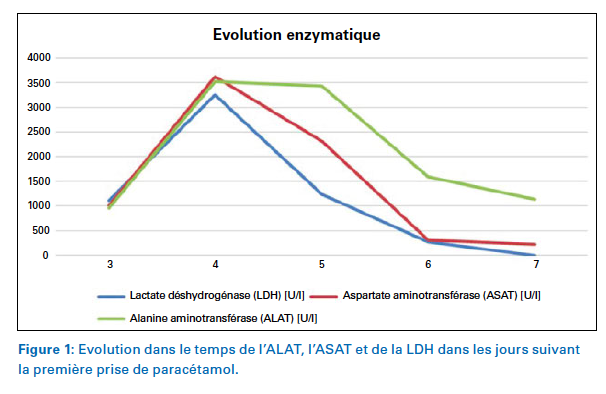
**Le décès survient généralement dès le 4-5ème jours**

**LABORATOIRE**

* Normogramme de Rumack-Matthiew à H+4h
  + CAVE : non utilisable si délai ingestion > 24h ou si intoxication chronique

Toujours rechercher d’autres toxiques associés dans sang et urines!

* Bilan hépatique de départ dès 12h puis toutes les 12-24h
  + Transaminases (1’000-10’000U/L)
  + Bilirubine
  + Crase (augmentation du TP)
  + Dosage facteur V et VII
* Bilan rénal car possible insuffisance rénale associée dans les intoxications sévères
  + Na, K, urée, créatinine



FORUM M.DICAL SUISSE 2018;18(21):437–439

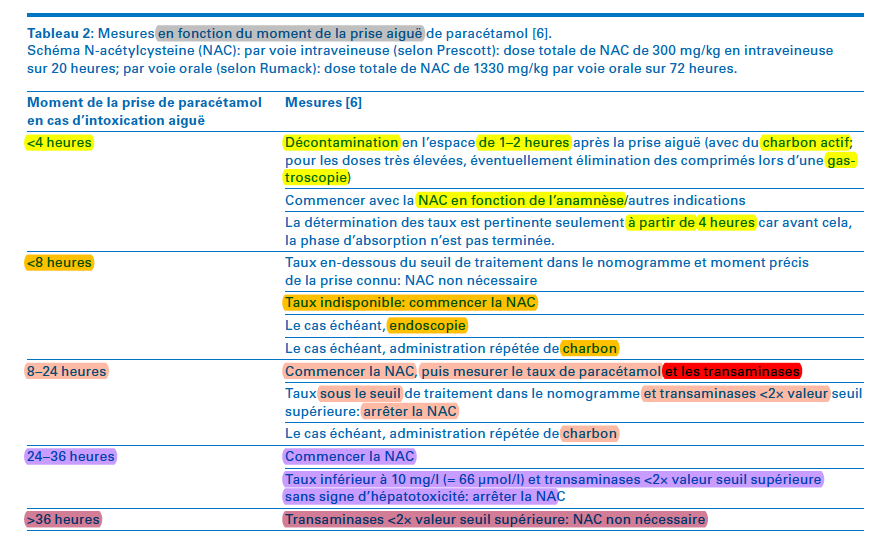
**TRAITEMENT**

* **Charbon actif** utile ad 2h post ingestion sauf si ne protège pas ses voies aérienne
* **N-Acétyl-cystéine**
  + CAVE avant de donner le NAC au risque de :
    - Nausée vomissements dans 10% des cas
    - Bronchospasme chez les asthmatiques 🡪 pré-médiquer avec anti histaminique
    - Réaction anaphylactoïdes si injecté trop vite 🡪 dans ces cas ralentir le bolus initial et le diluer (ex : NAC dilué à 3-4% et passer sur 60 min.)
    - Décès sur **œdème cérébral** en cas de surdosage massif en NAC mais aussi d’hypotension, hémolyse, insuffisance rénale
    - Augmentation secondaire de l’INR et ce sera difficile de savoir si c’est le NAC ou le paracétamol…

Swiss Medical Forum 2019, 19 ; (41-42) : 667-668

* + **NAC** IV si indication après test de paracétamolémie à 4h post ingestion
  + Attention au risque de choc anaphylactoïde sur NAC iv surtout chez les asthmatique
  + Dans les cas d’intoxication avec détection tadicve à <24h ou chronique 🡪 normogramme de Rumack-Matthiew non utilisable 🡪 traiter par N-Acétyl-Cystéine (NAC) ad normalisation des tests hépatique et crase et paracétamolémie indétectable

Voir algorithme dans documents annexe : **2005-ALGORITHME INTOX AU PARACETAMOL-ST-JOSEPH**

****