

Intoxication par les salicylates et par la colchicine

Présenté par
Marie-Pier Ferland, inf. clin., CSPI
Violaine Ayotte, inf. clin., CSPI
2022

Centre antipoison du Québec

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Centre antipoison du Québec (CAPQ) : 1 800 463-5060
Numéro pour les professionnels de la santé : 1 833 648-2849
<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/antidotes>

GUIDE CANADIEN DES ANTIDOTES EN TOXICOLOGIE D'URGENCE

en collaboration avec Canadian Association of Poison Control Centres / Association canadienne des centres antipoison

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Objectif salicylates

Décrire les principes reliés à l'évaluation, la décontamination et la prise en charge du patient présentant une toxicité par les salicylates.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Salicylates

Utilisé et reconnu depuis des centaines d'années pour soulager la douleur et la fièvre à partir d'écorce et de feuilles de saule.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Salicylates

Sources :

- Analgésiques : comprimés, baumes
- Traitement de l'acné, des verrues, des pellicules (kératolytique)
- Lotion solaire
- Huile essentielle de thé des bois (salicylate de méthyl)
- Médicaments divers ex. : Pepto-Bismol
- Tx de colite ulcéreuse
- Certains produits ménagers

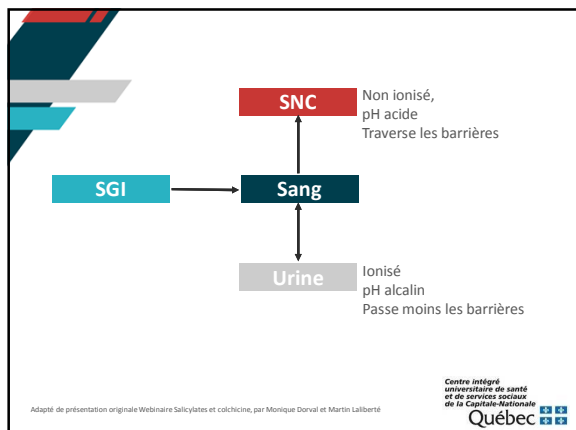
Le nombre de cas d'intoxication a diminué mais la morbidité et la mortalité persistent

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Salicylates

- **PM** : 180 g/mol
- **pKa** 3,5
- **Absorption gastro-intestinale**
 - Peut être retardée > 12 heures en ingestion massive
- **Volume de distribution** : 0,15 - 0,35 L/kg
- **Liaison aux protéines plasmatiques varie selon [] sérique**
 - 75 - 90 % [] thérapeutique, [] 30 - 50 % toxique
- **T½ d'élimination varie selon [] sérique**
 - > 30 heures en [] toxique
- **Métabolisme hépatique**
 - Conjugaison facilite l'élimination rénale
- **Élimination rénale**
 - Salicylates filtrés par le glomérule
 - Salicylates libres réabsorbés par le tubule proximal (selon pH urinaire)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec



Salicylates : présentation clinique

- **Systémique**
 - Tachypnée (↑ fréquence and ↑ volume courant), tachycardie, hyperthermie, diaphorèse
- **Gastro-intestinale**
 - Nausées, vomissements, douleurs abdominales
- **Ototoxicité**
 - Tinnitus, vertige, surdité
- **Neurologique**
 - Agitation, anxiété, confusion, delirium, neuroglycopénie
- **Équilibre acido-basique**
 - Alcalose respiratoire / acidose métabolique avec gap anionique augmenté

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Salicylates : physiopathologie

- **Stimulation du centre respiratoire**
 - Alcalose respiratoire primaire
- **Inhibition enzymatique du cycle de Krebs**
 - Métabolisme anaérobie et acidose intracellulaire
- **Découplage de la phosphorylation oxydative**
 - Hyperthermie par libération d'énergie de la chaîne de transport d'électrons
- **Altération du métabolisme du glucose**
 - En phase 2, il y a augmentation de la néoglucogénèse qui cause une hyperglycémie pour compenser la perte de production d'énergie fonctionnelle, puis déplétion des réserves et hypoglycémies en phase 3

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Salicylates : équilibre acido-basique

■ Phase 1

Alcalose respiratoire initiale

- pH ↑, pCO₂ ↓, HCO₃ N
- Stimulation du centre respiratoire

Le rein veut rééquilibrer le pH sanguin en laissant aller des HCO₃ dans l'urine, ce qui amène une baisse des bicarbonates sanguins

Il y a aussi réabsorption des H⁺ en échange de K⁺ pour normaliser le pH sanguin, ce qui se traduit par perte de K⁺ dans l'urine et donc une hypokaliémie .

Le pH urinaire sera alors acide.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Salicylates : équilibre acido-basique

■ Phase 2

Alcalose respiratoire / acidose métabolique mixte

- pH ↑, pCO₂ ↓, HCO₃ ↓
- Acidose métabolique intracellulaire

L'alcalose respiratoire persiste, la perte de K⁺ également

L'état d'hypermétabolisme, dû au découplage de la phosphorylation oxydative, amène formation d'acides (H⁺). Les H⁺ vont se combiner aux HCO₃, donc la diminution en HCO₃ va causer une acidose métabolique.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Salicylates : équilibre acido-basique

■ Phase 3

Acidose décompensée

- pH ↓, pCO₂ ↑ HCO₃ ↓↓
- Exacerbation de l'acidose métabolique
- Incapacité à maintenir l'hyperventilation
- Risque de décès

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

3 Phases – Résumé			
PHASES	Plasma	Urine	Symptômes
1 (0 – 12 h)	Alcalin, K ⁺ normal	Alcaline K ⁺ ↑, HCO ₃ ⁻ ↑ Réabsorbe H ⁺ , élimine K ⁺	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperventilation ▪ Sx digestifs ▪ Tinnitus ▪ Diaphorèse
2 (12 – 24 h)	Alcalin, K ⁺ en ↓	Acide (réabsorbe K ⁺ , élimine H ⁺)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ T° ↑ ou normale ▪ Fatigue ▪ Hyperglycémie possible ▪ Détérioration brutale
3 (> 24 h)	Normal ou acide, K ⁺ en ↓	Acide (surproduction H ⁺ , déficit K ⁺)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ T° ↑ ▪ Hypotension ▪ Dépression SNC ▪ Atteinte hépatique avec hypoglycémie ▪ SDRA ▪ Collapsus cardiovasculaire ▪ Convulsion ▪ Coma

Adapté de présentation par Monique Dorval et Marie-Ève Bernier, anciennes inf. CAPQ

Salicylates : évaluation du risque

- **Dose ingérée**
 - Modérée : 150 - 300 mg/kg
 - Sévère : 300 - 500 mg/kg
 - Létale : > 500 mg/kg
- **Temps d'ingestion**
 - Potentiel d'absorption GI retardée
- **Évaluations cliniques sérieées**
 - Manifestations cliniques et neurologiques
- **Laboratoire**
 - [] sériques
 - Équilibre acide-base
 - Fonction rénale

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Salicylates : prise en charge

- **Décontamination gastro-intestinale**
 - Charbon de bois activé / plus d'une dose au besoin
- **Alcalinisation sérique**
 - Hyperventilation / NaHCO₃
- **Augmentation de l'élimination urinaire**
 - Correction du volume intravasculaire
 - Alcalinisation urinaire
 - Afin d'atteindre les cibles de pH urinaire, viser kaliémie 4 - 4,5 mmol/L
- **Élimination extracorporelle**
 - Hémodialyse

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Hémodialyse dans l'intoxication par les salicylates

<https://www.extrip-workgroup.org/salicylates>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Hémodialyse dans l'intoxication par les salicylates

Recommandations générales

- L'hémodialyse (HD) est recommandée d'emblée (1D) dans les situations suivantes :
 - Salicylémie > 7,2 mmol/L (1D) OU
 - Salicylémie > 6,5 mmol/L (1D) en présence d'insuffisance rénale OU
 - Altération de l'état de conscience (1D) OU
 - Hypoxémie nouvelle requérant l'administration d'oxygène (1D)
- L'hémodialyse est recommandée dans les situations suivantes lorsque le traitement standard (bicarbonates, mesures de soutien, etc.) est inefficace (1D) :
 - Salicylémie > 6,5 mmol/L (2D) OU
 - Salicylémie > 5,8 mmol/L en présence d'insuffisance rénale (2D) OU
 - pH sanguin < 7,20 (2D)
- La cessation de l'hémodialyse est recommandée dans les situations suivantes :
 - Salicylémie < 1,4 mmol/L et amélioration clinique apparente (1D) OU
 - HD effectuée pendant un minimum de 4 à 6 heures quand la salicylémie n'est pas disponible (2D)
- En cas d'hémodialyse, prévoir un dosage 4 h posthémodialyse
 - Possibilité de légère redistribution
 - Possibilité d'absorption non terminée (surtout si comprimés entérosolubles)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Salicylates : alcalinisation urinaire

- ↑ du pH urinaire ↓ la réabsorption des salicylates a/n du tubule proximal et favorise l'élimination urinaire
- Indications
 - Manifestations cliniques de toxicité
 - [] sériques de salicylates > 2,5 mmol/L
- Recommandations chez l'adulte
 - 3 ampoules de NaHCO₃ dans 1 L de dextrose 5 %
 - Débit initial de 1 mL/kg/heure
 - Supplémentation de K⁺ essentielle
- Objectifs : pH urinaire > à 7,5, débit urinaire > 1 mL/kg/heure

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Salicylates : support ventilatoire

- **Sédation sans intubation et ventilation mécanique à éviter**
 - Effet négatif sur l'hyperventilation, favorise l'aspiration
- **Choisir le bon moment pour intervenir**
 - Hémodialyse à débiter avant l'intubation
 - Insertion précoce du cathéter
- **Technique d'intubation minimisant le temps d'apnée**
 - Ventilation mécanique
 - Maintenir l'alcalémie et l'hypocarbie après l'intubation

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Cas 1 - Urgence

Homme de 48 ans, ingestion de 130 comprimés d'AAS 325 mg 6 h auparavant :

TA 144/99	FC 123	FR 24	T 36,1 °C
-----------	--------	-------	-----------

Patient légèrement confus, diaphorétique

- Laboratoires :

pH 7,45	pCO ₂ 26	HCO ₃ 18	Créatinine 90	Salicylémie 5 mmol/L
---------	---------------------	---------------------	---------------	----------------------

- Prise en charge
 - Décontamination gastro-intestinale?
 - Alcalinisation urinaire?
 - Admission aux soins intensifs?

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Cas 1 - Soins intensifs

- Agité et confus
- Vomissements x 2

TA 140/93	FC 134	FR 32	T 38 °C
-----------	--------	-------	---------

- Laboratoire :

pH 7,35	pCO ₂ 20	HCO ₃ 10	Créatinine 110	Salicylémie 8,2 mmol/L
---------	---------------------	---------------------	----------------	------------------------

- Sédation?
- Intubation endotrachéale?
- Hémodialyse?

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Salicylates : conclusions

- **Intoxication par les salicylates** : risques majeurs
- **Évaluation de l'importance de l'ingestion**
 - Dose ingérée, formulation, temps d'ingestion
- **Évaluations cliniques sérieuses**
 - Toxicité clinique, [] sériques, équilibre acide-base, fonction rénale
- **Interventions thérapeutiques**
 - Décontamination GI
 - Alcalinisation
 - Anticiper les indications pour l'hémodialyse
- **Support ventilatoire**
 - Maintenir l'alcalémie et l'hypocarbie pendant et après l'intubation

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Objectifs colchicine

Décrire les principes reliés à l'évaluation, la décontamination et la prise en charge du patient présentant une toxicité par la colchicine.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Colchicine

- Alcaloïde extrait de : *Colchicum autumnale*, *Gloriosa superba*
- Effets anti-inflammatoires bénéfiques connus depuis plusieurs siècles
- Activité anti-inflammatoire reliée à l'inhibition de la formation des microtubules, éléments constitutants du cytosquelette essentiels à la division cellulaire

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Intoxication par la colchicine

- L'omniprésence des microtubules dans les cellules corps explique l'atteinte multisystémique en intoxication
- Intoxication par la colchicine : rare mais toxicité majeure
- Modalités thérapeutiques limitées, aucun antidote spécifique

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Cinétique de la colchicine

- Absorption GI rapide : pic plasmatique 0,5 - 3,0 h
- Faible biodisponibilité entre autres à cause d'un premier passage hépatique extensif : 25 - 30 %
- Volume de distribution : 2 - 12 L/kg → 21 L/kg en surdose
- Liaison aux protéines plasmatiques : 10 - 50 %
- Substrat de la glycoprotéine P
- Métabolisme hépatique
 - CYP 3A4
 - Excrétion biliaire et recirculation entérohépatique
- Élimination rénale et hépatique : 20 % sous forme inchangée
- T½ élimination
 - 4,4 - 16 h thérapeutique
 - 11 - 32 h en intoxication

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Pharmacodynamique

- S'accumule a/n GI, moelle, reins, poumons, cerveau etc.
- Se lie à la tubuline (protéine intracellulaire), l'empêchant de former des microtubules et de faire une réplication cellulaire
- Système à réplication cellulaire rapide affecté en premier
- Index thérapeutique étroit. La zone thérapeutique chevauche la zone de toxicité

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Interactions

Concentrations sériques augmentées en présence :

- D'inhibiteurs du CYP 3A4 (clarithromycine, érythromycine, kétonazole, jus de pamplemousse...)
- D'autres substrats du CYP 3A4 (diltiazem, voriconazole...)
- D'inhibiteurs de la glycoprotéine P (clarithromycine, ciclosporine...)
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Colchicine : présentation clinique

Phases	Période	Signes et symptômes
I G.I. <i>La phase qui détermine l'issue : s'arrête ici ou évolue vers la phase 2</i>	0 - 24 heures	Douleurs abdominales, nausées, vomissement, diarrhée Perte électrolytique et liquidienne, hypovolémie Leucocytose
II Défaillance multisystémique	1 - 7 jours	Confusion, délire, encéphalopathie, convulsions Risque d'asystolie (24 - 48 heures) et arythmies SDRA Insuffisance rénale et hépatique Hypoplasie médullaire, leucopénie, pancytopénie et thrombocytopénie Sepsis (<i>secondaire complications hématologiques</i>) Rhabdomyolyse Coagulation intravasculaire disséminée Déséquilibre électrolytique – acidose métabolique Coma Mort
III Récupération <i>Si le patient survit à la phase 2</i>	> 7 jours	Alopécie (2 - 3 semaines) Myopathie, neuropathie, myoneuropathie SIADH

Auteur : Violaine Ayotte Inf. CAPQ, source Guide « Colchicine » ToxiQC

Colchicine : doses toxiques

On considère toxique :

- Toute ingestion > 0,05 mg/kg
- Ingestion d'une dose inconnue
- Tout patient symptomatique
- Tout geste volontaire

< 0,5 mg/kg – Intoxication légère-moderée

- Toxicité gastro-intestinale
- Anomalies de coagulation
- Risque de décès : 5 %

0,5 - 0,8 mg/kg – Intoxication sévère

- Aplasie médullaire
- Atteinte multi systémique
- Mortalité 10 %

> 0,8 mg/kg – Intoxication potentiellement létale

- Atteinte multisystémique
- Mortalité 80 - 100 %

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Colchicine : prise en charge

- Décontamination gastro-intestinale
 - Charbon de bois activé à doses répétées
- Traitement de support
 - Correction volémique / électrolytique
 - Assurer bonne diurèse → 40 - 65 % éliminée rénale
 - Support hémodynamique
 - Ventilation mécanique
 - Transfusions
 - Correction de la leucopénie (G-CSF)
 - Traitement des infections
- Hémodialyse : non efficace (Vd élevé)
- Anticorps spécifique à la colchicine : non disponibles

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Laboratoires

Les laboratoires sont surtout en fonction de l'évolution clinique du patient (sévérité de l'intoxication).

- Bilan intoxication complet
- Gaz sanguin
- Glycémie
- Électrolytes
- Fonctions rénale et hépatique
- CK
- Troponine
- Formule sanguine complète (surtout pour la leucocytose)
- Coagulogramme (prothrombine et facteur V)
- ECG/ moniteur cardiaque
- Dosage possible au CTQ (en non urgence)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Cas 2

- Jeune fille de 18 ans, 77 kg
- ATCD : péricardite (Dx 19 jours plus tôt), asthme, trouble anxieux, colon irritable, trouble alimentaire, cystite
- Médication :
 - Colchicine 0,6 mg ID
 - Salbutamol, fluticasone
 - AAS 325 mg entérique TID x 10 j, BID x 10 j, ID x 10 j puis cesser
 - Pantoprazole 40 mg ID x 1mois
 - Fluoxétine 20 mg 2 co ID
 - Quétiapine 25 mg 1 co hs prn
 - Trazodone 50 mg 1½ co prn
 - Anovulants

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Cas 2 : Jour 1

- À 20 h : fume de la marijuana et pris 90 comprimés de colchicine 0,6 mg en geste suicidaire
- Dose de 54 mg ingéré soit 0,70 mg/kg
- 90 co servis la veille en même temps que 60 co AAS 325 mg enrobage entérique

Se présente 6 h postingestion :

- Alerte et orientée
- Nausées, vomissements, diarrhée sanguinolente, céphalée

TA 124/80	FC 118	FR 24	Sa O ₂ 100 %
-----------	--------	-------	-------------------------

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Traitement recommandé

- Intoxication potentiellement létale
- CBA
- Dimenhhydrinate ou ondansétron pour contrôler les nausées et vomissements
- Hydratation intraveineuse
- Admission pour > 24 h
- Surveillance étroite
- Traitement support
- Bilan intoxication complet

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Jour 1 : premier bilan 6 h PI

- Gaz** : pH 7,58, Pco₂ 18, HCO₃ 17
- Ions** : K+ 3,8, Na + 140, Cl- 108
- Glycémie** : 5,2
- FSC** : GB 5,4, plaquettes 347, Hb 132
- Fonction rénale** : Urée 3,3, créatinine 56
- Fonction hépatique** : AST 29, ALT 24, phosphatase Alc. 112
- Bilan toxicologique** : APAP/ AAS/ éthanol : négatifs

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Jour 1 : dans les premiers 12 h

- Vomit +++ ne tolère pas le CBA
- Patiente requestionnée, 90 colchicine, pas de co ingestants
- Abdomen souple, péristaltisme +
- **Discussion entre le toxicologue, l'interniste et la patiente**
 - Proposition : intubation endotrachéale préventive pour décontamination avec CBA soit 50 g q 4 h ou 25 g q 2 h ou 12,5 g q 1 h
 - Patiente et équipe médicale acceptent : patiente intubée, reçoit 50 g q 4 h

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Jour 3 : évolution clinique

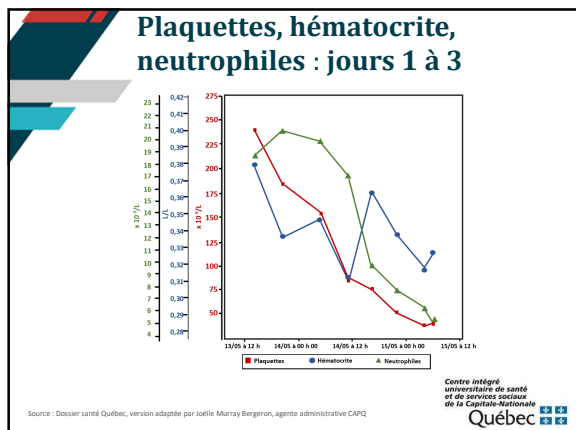
- Intubée, ventilée
- SV très labiles -
- GI : trace CBA dans selles
- GU : diurèse 100 mL/h dans derniers 8 h
- Tx :
 - CBA cessé en raison d'un iléus
 - Midazolam, fentanyl, rocuronium
 - Épinéphrine, norépinéphrine, vasopressine

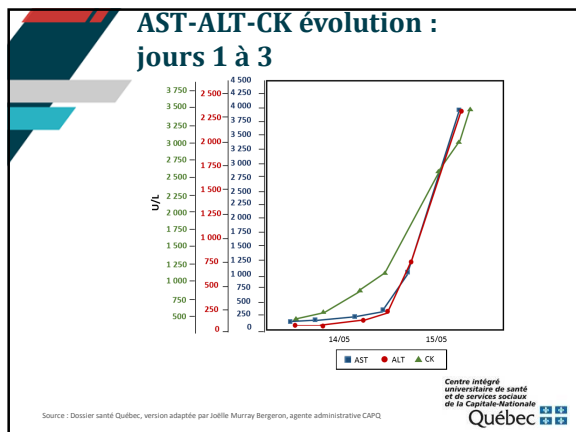
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

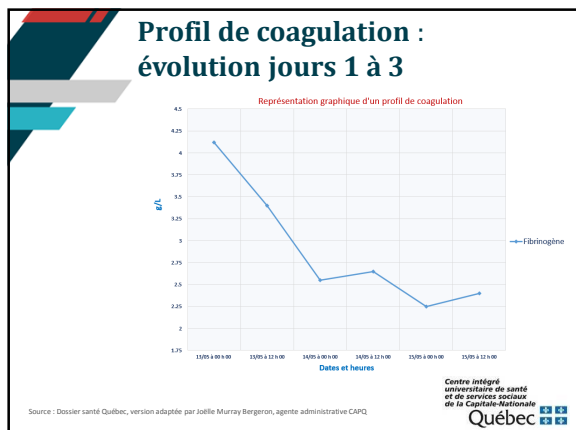
Jour 3 : bilans

- Ions : K+ 3,2 (↓), Na + 142 (↑), Cl- 102 (↓) Ca 1,98
- FSC : GB 4,8 (↓), plaquettes 26 (↓ ++), Hb 89 (↓) Ht 0,326
- Fonction rénale : urée 2,2 (↓), créatinine 47 (↓)
- Lactates : 6,6
- CK : 3441

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec







Jour 4 : évolution clinique

- Intubée, ventilée

FC 110	Sa O ₂ 98 %	FIO ₂ 30 %	T _m 38,7 °C
--------	------------------------	-----------------------	------------------------

- Apparition infiltrats base pulmonaire droite sans ARDS
- ECG : QRS 92 QT_c 538
- GI : 2 selles noires
- GU : 20 mL/h
- Tx :
 - Midazolam, fentanyl
 - Épinéphrine & vasopressine (norépinéphrine sevrée)
 - CVVH (tx acidose)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Jour 5 : évolution clinique

- Défaillance multiorganique secondaire à l'intoxication
- Sédationnée avec propofol/midazolam
- CVVH cessée
- Cardiomyopathie toxique tx : épinéphrine
- Sevrage progressif des amines
- Pancytopenie tx : plaquettes et filgrastim (plaq : 11 – leuco : 1,8 Hb : 84, neutro : 0,5)
- À risque élevé de septicémie, tx : méropenem/fluconazole

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Jour 6 : évolution clinique

- Amines sevrées, TA 130/80, FC 120
- Hyperthermie pic ad 39,2 °C,
- Épanchement pleural/infiltrat base droite sans ↑ des besoins O₂
- Abdomen distendu, iléus, TDM demandé : signe colite colon D, CK ↑, colono pas possible, pression intra/abdo 14 - 18
- Vancomycine, méropenem & métronidazole
- Fluconazole cessée : même cytochrome que colchicine
- Concentrés plaquettes et filgrastim
- Mg réplété → QT_c 437

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Jour 13 : évolution clinique

- Tentative d'extubation la veille, patiente agitée + délirium, réintubée
- Lorazépam 1 mg q 6 h, halopéridol 1 mg q 4 h et quétiapine 25 mg hs
- Méropénem (vancomycine cessée)
- TDM abdo-pelvien : iléus / ascite – pas subocclusion, pas abcès pas pneumopéritoine
- SV : TA 100/54, FC 122, SaO₂ 97 % avec FIO₂ 30 %
- ECG : QRS 76, QTC 467

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Jour 20 : évolution clinique

- Patiente alerte, orientée, a eu 1 convulsion de type absence durée 1 h 15 min au jour 19, pas d'autre épisode
- Alopécie

TA 120/60	FC 100	FR 20	Sa O ₂ 99 % AA
ECG : QRS 78, QT, 444			

- GI : selles +++ au jours 15 - 16
- GU : diurèse normale
- Tx : ad 8 mg lorazépam le jour 19

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Jour 27 : évolution clinique

À l'unité de médecine :

- Alerté, autonome dans ses AVQ
- Ø absence, Ø de convulsions
- SV normaux
- Patiente accuse engourdissement périombilical
- Départ pour suivi psychologique dans un autre centre de santé

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Phases	Jours	S/S	Labo	Traitement
1	0 - 1	Nausées Vomissements Diarrhée	À l'arrivée : Ions : 3,8/140/108 GB : 5,4 (25 < 24 h) Hb : 132 Plaquettes : 347 Créatinine : 56 AST : 29 ALT : 24	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antiémétiques ▪ Hydratation ▪ Intubation pour décontamination
2	1 - 7	Arrêt cardiorespiratoire Instabilité hémodynamique Pancytopénie Sepsis Délirium Rhabdomyolyse Défaillance multisystémique Convulsion	Au jour 6 : Ions : 4,3/141/111 Leuco : 1,8 Neuro : 0,5 Hb : 84 Plq : 11 Fibrinogène : 4,54 Créat. : 83 CK : 5996 AST : 592 ALT : 966	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubée ▪ Amines ▪ CVVH ▪ Antibiotiques ▪ Concentrés plaquettaires ▪ Filgrastim
3	> 7	Alopécie Paresthésie	n/d	

Auteur : Violaine Ayotte inf. CAPQ

Colchicine : présentation clinique			
Phases	Période	Signes et symptômes	Traitement et suivi
I GI	0 - 24 h	Douleurs abdominales, nausées, vomissement, diarrhée Perte électrolytique et liquidienne, hypovolémie Leucocytose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administration d'antiémétiques ▪ Décontamination ▪ Hydratation intraveineuse ▪ Surveillance étroite leucopénie
II Défaillance multisystémique	1 - 7 j	Risque d'agystolie (24 - 48 heures) Insuffisance rénale et hépatique SDRA Déséquilibre électrolytique Rhabdomyolyse Coagulation intravasculaire disséminée Hypoplasie médullaire, leucopénie, pancytopénie et thrombocytopénie Sepsis Confusion, délire, Encéphalopathie, Convulsions Coma Mort	Admission SI Filgrastim (G-CSF) PRN Tx soutien prm : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémodialyse ▪ Antibiotiques ▪ Ventilation mécanique et oxygène ▪ Correction liquidienne et électrolytique
III Récupération	> 7 j	Alopécie (2 - 3 semaines) Myopathie, neuropathie, myoneuropathie SIADH	Suivi 1 - 2 mois Au besoin, électromyographie et suivi neurologique

Auteur : Violaine Ayotte inf. CAPQ

Colchicine : conclusions

- Intoxication par la colchicine
 - Incidence limitée, toxicité majeure
- Risque de décès en relation avec dose ingérée
 - > 80 % des cas avec dose > 0,8 mg/kg
- Toxicité clinique multisystémique
- Prise en charge difficile
 - Modalités thérapeutiques limitées
 - Élimination extracorporelle inefficace
 - Aucun antidote spécifique
 - Prévention : limitez la quantité de comprimés servis à vos patients 😊

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec
