

uniquement réservée aux indications obstétricales [1]. L'utilisation de la RPC a été proposée dans la littérature [5]. Elle permet de diminuer les effets indésirables des deux techniques tout en bénéficiant de leurs avantages. Chez notre parturiente présentant une prééclampsie, la RPC a permis de mener une césarienne avec une dose de 5 mg de bupivacaïne seulement (associée à 2,5 µg de sufentanil). De même, dans le cas rapporté par Chabert et Benhamou [5], 5 mg de bupivacaïne renforcés par un morphinique ont suffi et le cathéter péridural n'a finalement pas dû être utilisé.

Références

- [1] Ferrero S, Pretta S, Nicoletti A, Petrer P, Ragni N. Myasthenia gravis: management issues during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;121:129–38.
- [2] Djelmis J, Sostarko M, Mayer D, Ivanisevic M. Myasthenia gravis in pregnancy: report on 69 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;104:21–5.
- [3] Pijnenborg JM, Hansen EC, Brolmann HA, Oei SG, Andriessen P, Dellemijn PL. A severe case of myasthenia gravis during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2000;50:142–3.
- [4] Lucot JP, Dufour P, Vinotier D, Tordjman N, Durant-Réville M, Puech F, et al. Myasthénie et grossesse : à propos de deux observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996;25:179–85.
- [5] Chabert I, Benhamou D. Myasthénie, grossesse et accouchement : à propos de dix cas. *Ann Fr Anesth Reanim* 2004;23:459–64.

A. Slama*

M. Toumi

K. Tarmiz

B. Letaifa Dhafer

B. Jazia Khaled

*Service d'anesthésie-réanimation, maternité,
CHU Farhat Hached, 2, rue El Farazdak,
4001 Sousse, Tunisie*

*Auteur correspondant

Adresse e-mail : amor.slama@yahoo.fr (A. Slama).

Disponible sur Internet le 1 février 2008

doi:10.1016/j.annfar.2007.11.015

Intoxication au phosphore d'aluminium et grossesse (à propos d'un cas)

Aluminium phosphide poisoning and pregnancy (case report)

Mots clés : Phosphore d'aluminium ; Grossesse

Keywords : Aluminum phosphide; Pregnancy

Le Phostoxin[®] est un mélange de phosphore d'aluminium et de carbonate d'ammonium. Sous l'action de l'humidité, condition réalisée au niveau gastrique à l'occasion d'une ingestion, il dégage de l'hydrogène phosphoré (PH₃), gaz d'une extrême toxicité et qui est inhalé et absorbé par voie respiratoire et digestive responsable ainsi d'une toxicité systémique avec

hypoxie cellulaire et inhibition de la phosphorylation oxydative [1,2]. Au Maroc, l'ingestion des comprimés de Phostoxin[®] devient un mode habituel de tentative d'autolyse. La symptomatologie est brutale avec apparition de signes digestifs et d'anomalies cardiovasculaires. Le pronostic immédiat est déterminé par l'existence d'un œdème aigu pulmonaire ou d'un choc cardiogénique [3]. Chez la femme enceinte, l'ingestion du Phostoxin[®] dans un but abortif a été très peu rapportée et l'effet fœtal direct de ce produit reste incertain.

Nous présentons l'observation d'une patiente de 32 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, enceinte à 26 SA, ayant ingéré 6 g de Phostoxin[®] dans un but abortif. La notion d'intoxication par ce produit a été rapportée par la patiente elle-même, au moment de son admission, trois heures après l'ingestion. L'examen avait montré alors une patiente consciente mais agitée ; PA = 76/44 mmHg, FC = 136 b/min, sueurs profuses, marbrures des extrémités, FR = 34 c/min, SpO₂ = 86 % sous 6 l/min d'oxygène, crépitements bilatéraux, épigastralgies importantes, les bruits de cœur fœtaux n'ayant pas été perçus. Un premier remplissage prudent par le sérum salé physiologique a été réalisé. Le lavage gastrique n'a pas été effectué. Le charbon activé n'était pas disponible. L'ECG réalisé montrait un sous-décalage diffus du segment ST. Une échographie obstétricale confirmait la mort fœtale. Devant l'aggravation de son état hémodynamique et respiratoire, une intubation endotrachéale a été réalisée avec mise sous dobutamine, puis secondairement à l'adrénaline. Les prélèvements biologiques montraient les résultats suivants : troponines Ic : 8,3 ng/ml ; kaliémie : 4,9 mmol/l ; urée : 11,12 mmol/l ; créatinémie : 132 µmol/l ; ASAT : 226 UI/l ; ALAT : 212 UI/l ; bilirubine : 27,2 µmol/L ; TP : 56 % ; pH sanguin : 7,22 ; HCO₃⁻ : 18,8 mmHg et PaO₂ : 56 mmHg. Le test au nitrate d'argent réalisé sur liquide gastrique, le sang et les urines était positif. L'échocardiographie montrait une akinésie antéroseptale et une FE égale à 34 %. La patiente expulsait le fœtus 22 heures après son admission et décédait deux heures après l'expulsion dans un tableau de choc cardiogénique réfractaire. L'autopsie postmortem de la mère retrouvait des lésions de nécrose myocardique diffuse, une congestion des sinusoides hépatiques avec début de cytolysse sans autres anomalies associées. Le test au nitrate d'argent sur le sang fœtal était négatif. En revanche, une congestion des sinusoides hépatiques avec un début de néphrite tubulo-interstitielle étaient retrouvés chez le fœtus. Les intoxications volontaires au cours de la grossesse sont relativement rares et ont lieu dans 67 % des cas au cours du premier trimestre avec un pronostic maternel meilleur que le pronostic fœtal [4]. Le décès d'une femme enceinte suite à une exposition au phosphore d'aluminium a été déjà rapporté [5]. Dans la même observation, les auteurs montrent l'intérêt du dosage quantitatif du taux d'aluminium dans le sang et les tissus comme marqueur biologique. Il n'existe aucune étude relative à l'effet propre du phosphore d'aluminium sur l'évolution de la grossesse et notamment son effet tératogène. L'effet néfaste du Phostoxin[®] sur le fœtus s'exerce probablement à la fois par l'intermédiaire des complications maternelles systémiques (insuffisance circulatoire aiguë, hypoxémie), mais un passage probable transplacentaire de

l'hydrogène phosphoré comme puisse le suggère l'examen anatomopathologique du fœtus dans cette observation.

Références

- [1] Idali B, Miguil M, Motaouakkil S, Bouaggad A, Guartit A, Abassi O, et al. Intoxication aiguë au Phostoxin®. *Presse Med* 1995;24:611–2.
- [2] Gupta S, Ahlawat SK. Aluminum phosphide poisoning. A review. *J Toxicol Clin Toxicol* 1995;33:19–24.
- [3] Hajouji Idrissi M, Oualili L, Abidi K, Abouqal R, Kerkeb O, Zeggwagh A. Facteurs de gravité de l'intoxication aiguë au phosphore d'aluminium (Phostoxin®). *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25:382–5.
- [4] Czeizel AE, Tímár L, Susánszky E. Timing of suicide attempts by self-poisoning during pregnancy and pregnancy outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;65:39–45.
- [5] Garry VF, Good PF, Manivel JC, Perl DP. Investigation of a fatality from nonoccupational aluminum phosphide exposure: measurement of aluminum in tissue and body fluids as a marker of exposure. *J Lab Clin Med* 1993;122:739–47.

M. Mouhaoui*
K. Khaleq
O. Rabbai
K. Yaqini
H. Louardi

*Service d'accueil des urgences,
CHU Ibn-Rochd, quartier des hôpitaux,
20100 Casablanca Anfa, Maroc*

*Auteur correspondant

Adresse e-mail : mmouhaoui@yahoo.fr (M. Mouhaoui).

Disponible sur Internet le 7 janvier 2008

doi:10.1016/j.annfar.2007.11.021

Rapatriement aérien d'une malade de soins palliatifs par une compagnie low-cost grâce à une analgésie péridurale

Air repatriation by a low-cost company for a patient in palliative care with epidural analgesia

Mots clés : Analgésie péridurale ; Soins palliatifs ; Douleur cancéreuse ; Rapatriement aérien par compagnie low-cost

Keywords: Epidural analgesia; Palliative care; Cancerous pain; Air repatriation by low-cost company

Même si les pathologies en cause sont souvent proches en apparence, les équipes de soins palliatifs ne prennent en charge que des malades singuliers, des cas particuliers. Ainsi, elles peuvent parfois se trouver confrontées à de véritables défis comme celui de cette patiente. Il s'agissait d'une patiente anglaise de 60 ans (1,58 m ; 45 kg), traitée depuis quelques mois dans un hôpital de Londres pour un cancer du pancréas avec métastases hépatiques et carcinose péritonéale.

Profitant d'une amélioration de son état clinique, elle tenait à rendre visite à des amis résidant dans le centre de la France. Elle était accompagnée de sa fille et de son époux. Son voyage aller-

retour était réservé auprès d'une compagnie *low-cost* et aucune assurance rapatriement sanitaire ne pouvait être souscrite en raison de sa pathologie.

Le début du séjour n'était marqué par aucun incident. Au bout d'une semaine apparaissaient des douleurs abdominales intenses à irradiations postérieures et pelviennes accompagnées de vomissements. La patiente était hospitalisée dans le centre hospitalier (CH) le plus proche où elle était prise en charge secondairement par l'unité mobile de soins palliatifs départementale (UMSP).

Son traitement habituel reposait sur l'administration de fentanyl transcutané 300 µg par 72 heures. De la morphine intraveineuse était alors ajoutée à la dose de 250 mg par 24 heures au pousse-seringue électrique (PSE) avec des bolus de 20 mg intraveineux direct à la demande. Trois jours plus tard, son état ne s'améliorait pas et ses douleurs abdominales n'étaient pas soulagées (EVA : 9) alors que le retour en Angleterre était prévu le lendemain.

Un avis était demandé à l'unité régionale de soins palliatifs du centre hospitalier universitaire (CHU). Une analgésie péridurale était conseillée. Celle-ci était mise en place au niveau lombaire L1–L2 dans les heures qui suivirent par un médecin anesthésiste du CH. L'efficacité était immédiate grâce à l'instillation de 7 ml de ropivacaïne 2,5 mg/ml au travers d'un cathéter de 18 gauge laissé en place (EVA : 1).

Le lendemain matin, un passage par l'unité régionale de soins palliatifs du CHU était prévu juste avant l'envol pour l'Angleterre. Cette étape permettait l'administration d'un antiémétique intraveineux direct (ondansétron), de 5 ml du même anesthésique local dans le cathéter péridural et de 15 mg d'épinéphrine en sous-cutané.

Le voyage jusqu'à l'hôpital londonien s'est passé dans les meilleures conditions de confort possible pour la malade, sans douleur ni vomissement.

Cette observation illustre l'intérêt de l'interdisciplinarité dans la prise en charge des malades de soins palliatifs, en particulier en ce qui concerne le traitement des douleurs intenses résistant aux traitements morphiniques à fortes doses.

Les anesthésies locorégionales constituent des armes supplémentaires très intéressantes dans la lutte contre les syndromes hyperalgiques [1], en particulier l'analgésie péridurale [2–4].

Dans le cas clinique décrit, grâce à l'intervention de médecins anesthésistes au CH, puis au CHU, la patiente a pu voyager plusieurs heures dans de bonnes conditions, dont une heure de vol dans une position assise peu confortable.

La durée d'action de la ropivacaïne étant au maximum de huit heures, il a paru nécessaire d'effectuer une réinjection péridurale deux heures avant l'envol malgré l'absence de douleur. Cela a prolongé l'analgésie et permis le transport CHU–aéroport par ambulance, les formalités aéroportuaires, l'embarquement, le vol Limoges–Londres et l'acheminement jusqu'à l'hôpital de destination. La patiente a confirmé auprès de sa famille l'absence de douleur pendant ces différentes étapes du voyage (EVA : 0).

L'injection intraveineuse d'ondansétron avant le départ du CHU était justifiée chez cette malade nauséuse durant le transport en ambulance du CH vers le CHU. La suite du voyage s'est effectivement déroulée sans nausée ni vomissement.