

# POINT' TOX

Bulletin Trimestriel du Dispositif Toxicovigilance Océan Indien

Numéro 16 — Juillet 2020

## L'EDITO

Vous avez été nombreux à manifester votre satisfaction de retrouver ou de découvrir le bulletin trimestriel du Dispositif Toxicovigilance Océan Indien (DTV-OI). Vos réponses au questionnaire de satisfaction nous ont été d'une grande aide afin de continuer à améliorer le POINT' TOX. Nous nous en remercions.

La crise COVID-19 nous a contraints de décaler la publication du bulletin initialement programmée au mois d'Avril 2020.

Après la thématique sur les envenimements marins traitée dans le précédent numéro, ce nouveau POINT' TOX est dédié aux **intoxications pédiatriques**. Nous aborderons tout d'abord l'aspect **épidémiologique** de ces intoxications via le travail de thèse de médecine du Dr Elliott Chaumont, issu des données du DTV-OI. Dans ce bulletin, une

étude de cas rédigé par le Dr Hugues Flodrops vous sera proposée dans la rubrique **Case Report**. Nous ferons un focus sur la prise en charge d'un nourrisson de 9 mois suite l'ingestion d'une **pile bouton**. Pour faire suite, le **dossier Tox** sera l'occasion d'approfondir sur les intoxications pédiatriques par pile bouton mais aussi sur d'autres intoxications plus récentes. Enfin, nous terminerons ce bulletin par des messages de **prévention** à destinations des professionnelles de santé et des particuliers.

Si vous avez manqué le Point' Tox précédent, [retrouvez-le ici](#).

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

**Adrien Maillot**, rédacteur en chef du POINT' TOX.

[adrien.maillot@chu-reunion.fr](mailto:adrien.maillot@chu-reunion.fr)



En cas d'urgence vitale appelez le **Centre 15**. Pour toute demande d'évaluation des risques et pour toute demande d'avis, de conseil concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des intoxications humaines veuillez contacter un des 8 centres antipoison. Numéro de téléphone disponible sur : <https://antipoison.fr/>

Enfin, un portail est disponible à tous pour déclarer un événement indésirable relevant de la toxicovigilance : [accéder au portail national](#).

## LE POINT ÉPIDEMIO : LES INTOXICATIONS DE L'ENFANT À LA RÉUNION

Dr E. CHAUMONT, Service des Urgences Adultes, CHU Réunion Nord.

Dans le cadre de mon travail de thèse (1), sous la direction du Dr Nyombe (Urgences pédiatriques, CHU Réunion site Nord), j'ai mené une étude rétrospective sur la base de données du Dispositif Toxicovigilance de la Réunion, complétée par un recueil sur le dossier patient informatisé.

L'objectif était de décrire l'épidémiologie des intoxications de l'enfant (<18ans) prises en charge au CHU de La Réunion site Nord entre 2011 et 2018.

Au total, 190 cas ont été inclus. Il s'agissait majoritairement de filles (107 filles soit 56%). L'âge médian tous sexes confondus était de 15 ans (garçons : 13 ans, filles : 15 ans).

Dans 64% des cas, l'intoxication était volontaire, il s'agissait de tentatives de suicide dans 78% de ces cas et d'intoxications en contexte festif pour 12%.

Dans un tiers des cas, l'intoxication était accidentelle, parmi lesquelles 90% étaient des intoxications domestiques, 7% des erreurs thérapeutiques et 3% des piqûres d'insectes.

Les médicaments étaient en cause dans 69% des cas d'intoxications chez les enfants, en majorité chez les adolescents (80%) essentiellement dans un contexte d'intoxication médicamenteuse volontaire (tableau 1).

Les plantes impliquées dans les intoxications étaient : des pignons d'Inde dans 2 cas (1%), des champignons non identifiés dans 2 cas, des graines de Duranta dans 1 cas (0,5%) et de l'*Alocasia Amazonica* dans 1 cas.

Les envenimements par des animaux étaient dues : pour 3 cas (1,5%) à des piqûres d'hyménoptères (abeilles, guêpes), 1 cas une morsure de scolopendre, 1 cas une morsure d'araignée, dans 1 cas une piqure de rascasse volante et dans 1 cas une piqure de poisson pierre. Enfin 4 cas (2,1%) concernaient des piqûres/morsures d'insectes non précisés.

Nous avons relevé 6 cas d'intoxications aux fumées d'incendie.

Les intoxications en lien avec des produits domestiques (tableau 2) concernaient 14% des cas renseignés (n=27). Étaient majoritairement retrouvés des désinfectants (ex : javel) et des produits d'entretiens dans respectivement 44% et 33% des cas.

Tableau 1 : Répartition des intoxications pédiatriques selon l'agent en cause (poly-intoxication possible). CHU de La Réunion, Site Nord, 2011-2018. Dr E. Chaumont. (N=214)

Type d'intoxication	n	%
Médicament	131	68,9
Produit domestique	27	14,2
Alcool	22	11,6
Animal	11	5,8
Cannabis	9	4,7
Plante	6	3,2
Gaz	4	2,1
Autre	3	1,6
Inconnu	1	0,5

Dans ce travail les intoxications médicamenteuses représentaient 69% des intoxications contre 50% dans une étude au design similaire menée aux urgences pédiatriques bordelaises (2). En revanche les intoxications avec des produits domestiques étaient moins importantes dans notre étude (14%) que dans l'étude bordelaise (33%).

Tableau 2 : Répartition des intoxications pédiatriques selon le produit domestique en cause. CHU La Réunion, Site Nord, 2011-2018. Dr E. Chaumont. (N=27)

Produit domestique	n	%
Désinfectants	12	44,4
Carburants/Combustibles/Solvants	2	7,4
Produits Phytopharmaceutiques	1	3,7
Cosmétiques	3	11,1
- Nettoyant peau	1	3,7
- Soin/Vernis Ongles	2	7,4
Produits d'Entretien	9	33,3
- Désodorisants	1	3,7
- Produits de traitement des textiles	3	11,1
- Décapant	1	3,7
- Nettoyant	4	14,8

Une tendance, classiquement retrouvée ailleurs, se dégage : les adolescents présentent d'avantage d'intoxications volontaires (essentiellement médicamenteuses) tandis que les jeunes enfants, découvrant le monde qui les entoure, s'intoxiquent involontairement avec des objets du quotidien.

#### Références :

Elliott Chaumont. Épidémiologie et facteurs prédictifs de gravité des intoxications de l'enfant à Saint-Denis de La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. (dumas-02368118)

Lamireau T, Llanas B, Kennedy A, Fayon M, Penouil F, Favarell- Garrigues JC, et al. Epidemiology of poisoning in children: a 7-year survey in a pediatric emergency care unit. Eur J Emerg Med. 2002; 9(1):9

## CASE REPORT : CORPS ÉTRANGER DANS LE CARREFOUR AÉRODIGESTIF CHEZ UN NOURRISSON DE 9 MOIS, SE MÉFIER DES PILES PLATES AU LITHIUM

Hugues Flodrops<sup>1</sup>, Mahé Ruin<sup>1</sup>, Abdelhafid Edmar<sup>1</sup>, Charles Winter<sup>2</sup>, Pierre Staquet<sup>3</sup>, Philippe Becquart<sup>4</sup>, Aude Fischer<sup>5</sup>, Adrien Maillot<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Service des Urgences Pédiatriques, CHU de la Réunion site Sud. <sup>2</sup>Service ORL, CHU de la Réunion site Sud.

<sup>3</sup>Service de Réanimation Pédiatrique, CHU de la Réunion site Sud. <sup>4</sup>Service de Gastroentérologie, CHU de la Réunion site Sud.

<sup>5</sup>UTNC et Gastro-pédiatrie, CHU de la Réunion site Sud. <sup>6</sup>Dispositif de Toxicovigilance Océan Indien, CHU de la Réunion.

### Histoire de la maladie

Un nourrisson de 9 mois sans antécédent particulier est amené aux urgences pédiatriques par ses parents aux alentours de minuit pour hyperthermie évoluant depuis 21h00 sans signe de mauvaise tolérance mais avec une respiration bruyante depuis le matin. Ce nourrisson aurait consulté la veille son médecin traitant pour des vomissements isolés, sans notion de fausse route, ni de fièvre ou de diarrhées, avec une diminution des prises alimentaires. Un traitement par antiémétique sirop a été instauré et aurait pu permettre la poursuite d'une alimentation.

### Prise en charge initiale aux urgences pédiatriques

Enfant sans signe de détresse respiratoire, eupnéique en air ambiant sans signe de mauvaise tolérance et avec une hémodynamique correcte. Poids 9,4 kg, Température 38°4C, Fréquence cardiaque 125 battements/minute. Saturation 100% en air ambiant. Non douloureux. Auscultation cardiopulmonaire normale. Examen ORL et neurologique sans particularité. Abdomen souple sans hépatosplénomégalie, transit et mictions conservés.

**Bilan Biologique** : Leucocytes 14100/ml dont Polynucléaires neutrophiles 9400/ml. Monocytose 1600/ml. Hémoglobine 11.1 g/L ; Plaquettes 326000/mm. CRP à 67 mg/L ; PCT 0,75. Fonction rénale et ionogramme normaux.

Devant l'absence de foyer infectieux évident pouvant expliquer le syndrome inflammatoire biologique ; une radiographie du thorax de face est demandée par l'interne de garde.

**Radiographie du thorax** : Pas de foyer pulmonaire, initialement aspect de médaillon, puis suspicion de pièce de monnaie dans le haut œsophage (figure 1). L'enfant est alors gardé en observation pour la nuit sous scope et saturation continus avant bilan ORL le lendemain.

### Evolution

Au petit matin, le nourrisson était en hypersialorrhée, avec la bouche ouverte, tête et langue penchées en avant ; sans signes de déshydratation, incitant à une endoscopie en semi urgence par l'ORL de garde. L'endoscopie a révélé la présence d'une pile bouton de diamètre 20mm (exemple de pile figure 2). Il est possible de la déceler avec une radiographie classique, si la qualité de l'image permet de voir le double contour de la pile (figure 3).

**Première endoscopie** : Outre l'identification formelle de la pile retirée, il est retrouvé une œsophagite nécrotique sur l'hémi circonférence sur 9 cm de hauteur motivant une gastrostomie d'alimentation vu l'importance de la lésion œsophagienne (GPE d'Halyard 14 French

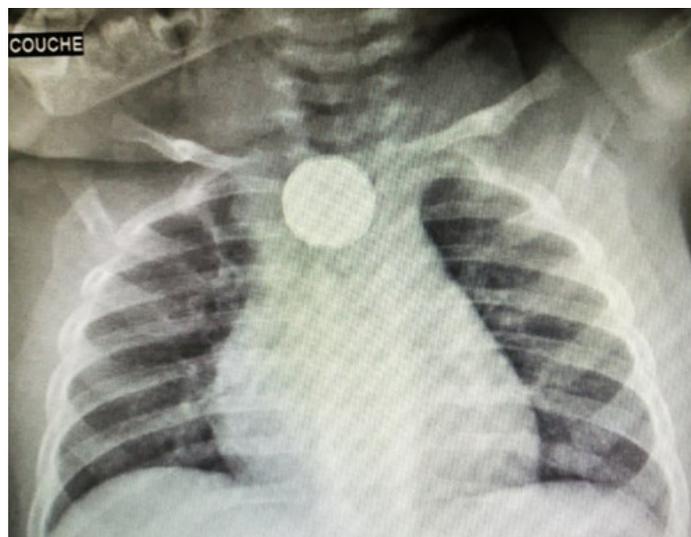


Figure 1 : Radiographie du thorax réalisée chez un nourrisson de 9 mois, montrant la présence d'un corps étranger logé dans la partie haute de l'œsophage. ©CHU de La Réunion. 2019.

sortant à 2 cm par technique pull).

**Complément de bilan par TDM thoracique à H48 du retrait de la pile** : Persistance de débris métalliques millimétriques au contact de la paroi du tiers supérieur de l'œsophage avec collection médiastinale postérieure péri œsophagienne mesurant 27x7x25mm faisant évoquer une médiastinite. Traitement par antibiotique et poursuite alimentation par GPE et inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) jusqu'à cicatrisation complète.

**Deuxième endoscopie à J21** : Importante régression de l'œsophagite caustique qui passe d'environ 9 à 2 cm avec apparition d'un bourgeon charnu sous-jacent sans évolution vers la sténose (figure 4).

**Troisième endoscopie initialement pour remplacer la sonde GPE à 6 semaines** : Finalement, disparition totale de l'œsophagite ulcéreuse avec cicatrisation complète sans sténose significative.

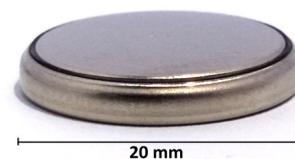


Figure 2 : Pile Lithium CR2032. ©DTV-OI



Figure 3 : Macro Radiographie du thorax montrant une image en double contour très évocatrice d'une pile bouton. ©CHU de La Réunion. 2019.

Donc ablation de la GPE avec récupération de la capsule interne par endoscopie.

### Au final

L'évolution sera plutôt assez rapidement favorable avec une récupération complète de l'alimentation à 6 semaines. L'enfant a quand même passé 48 jours à l'hôpital dont 12 en réanimation. Par ailleurs le contrôle scannographique à 7 semaines est subnormal, et celui à 3 mois strictement normal. Le complément de bilan à 3 mois et demi par transit oeso-gastro-duodéal pour s'assurer de l'absence de sténose est normal également.

### Discussion

L'ingestion de piles bouton peut avoir de graves conséquences comme l'illustre parfaitement ce cas clinique. Hospitalisation de plus de 7 semaines avec mise en place d'une GPE pour favoriser la cicatrisation, nutrition entérale sur sonde exclusive pendant 6 semaines, IPP et antibiothérapie initiale pour traiter la médiastinite mais absence de séquelles. Nécessité d'examen complémentaires répétés.

La principale difficulté ici est qu'il n'y ait pas eu de témoin de l'ingestion et que la symptomatologie s'est précisée de manière subaiguë. Il n'y a d'ailleurs pas une symptomatologie spécifiquement associée à ce type d'incident. L'aspect en double contour sur la radiographie aurait dû nous alerter afin de réaliser une endoscopie dans les meilleurs délais (idéalement deux heures après l'ingestion) ; il est reconnu qu'en deux heures une pile bouton enclavée peut générer une lésion (1). Ici les difficultés alimentaires plus de 24 heures avant semblent

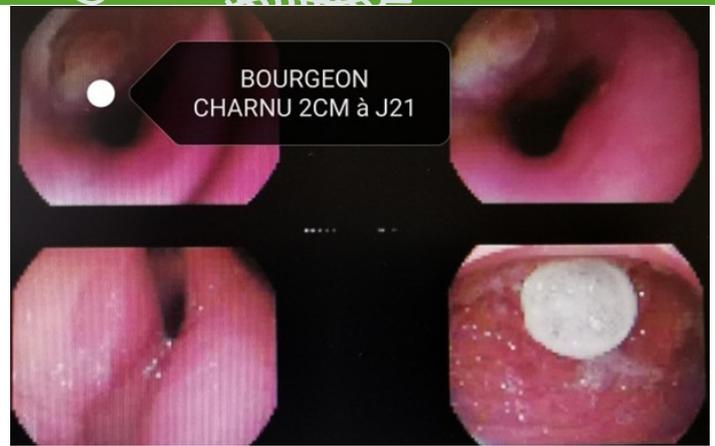


Figure 4 : Clichés issus d'une endoscopie réalisée à distance du retrait d'une pile bouton chez un nourrisson de 9 mois. © CHU de La Réunion. 2019.

être liées à cet enclavement.

Une étude française récente a montré que sur 4030 patients ayant ingérés une pile bouton, les deux tiers avaient moins de 5 ans. Seuls 13% des patients étaient symptomatiques avec en priorité des douleurs rétrosternales et des symptômes digestifs (2).

### Références :

1. Litovitz T, Schmitz BF. Ingestion of cylindrical and button batteries: an analysis of 2382 cases. *Pediatrics*. avr 1992;89(4 Pt 2):747-757.
2. Labadie (M.) et al. Severity of button batteries ingestions: data from French Poison Control Centres between 1999 and 2015 . *European Journal of Emergency Medicine* (2018), vol. 25, nr. 4, p. 1-8.

## DOSSIER TOX : PILE BOUTON, SLIME, PERLES D'EAU ET HUILES ESSENTIELLES

Les intoxications non médicamenteuses de l'enfant sont très variées tant sur les substances incriminées que sur les circonstances. Il s'avère que certaines d'entre-elles ont des conséquences dramatiques. Il ne nous est pas possible de toutes les détailler dans ce bulletin, ce pourquoi nous nous focaliserons sur : la pile-bouton, le Slime, les perles d'eau et les huiles essentielles.

Ce type d'intoxication survient généralement chez les jeunes enfants (moins de 6 ans), pour qui la découverte de son environnement fait partie intégrante de son développement. Mettre à la bouche n'est pas une « bêtise » mais bien un moyen d'apprendre. Nous nous devons, nous les adultes, de les accompagner dans cette démarche, en écartant ce qui est nuisible et en leur apportant des explications sur ce qui est dangereux et ce qui ne l'est pas.

### Pile Bouton

De nombreux appareils faisant partie de notre quotidien fonctionnent avec des piles boutons : appareil auditif, montre, jouet, thermomètre, télécommande, lunettes 3D, carte musicale etc... Leur petite taille et leur couleur brillante attirent la curiosité des jeunes enfants.

Dans la majorité des cas, les piles ingérées sont évacuées par les voies naturelles sans nécessairement causer des lésions (figure 1). Cependant, il arrive que la pile reste logée dans l'œsophage ; outre le risque d'étouffement, cette situation peut être à l'origine de graves brûlures internes dont les conséquences peuvent être dramatiques souvent en lien avec des complications de perforation œsophagienne (1). Bien évidemment, plus la pile a un grand diamètre et plus le risque qu'elle s'enclave dans les voies aériennes supérieures est important ; plus le voltage est important plus le risque de lésion augmente par dissipation locale d'énergie (lésion par flux ionique). Autre facteur de gravité : le temps de contact entre la pile et les tissus (2).

Il arrive parfois que l'enfant insère la pile dans d'autres orifices naturels (cloisons nasales par exemple), pouvant également générer des lésions in situ.



Figure 1 : pile bouton après passage dans le tube digestif d'un enfant (à gauche), pile bouton non ingérée (à droite). ©DTV-OI.

### Quelle est la conduite à tenir en cas d'ingestion ?

L'ingestion d'une pile bouton, ou même si celle-ci est suspectée, est avant tout une urgence diagnostique. Il est impératif de localiser la pile à l'aide d'un examen d'imagerie (radiographie). Si celle-ci est enclavée dans l'œsophage, l'urgence devient thérapeutique, une endoscopie doit être réalisée en urgence afin d'extraire la pile. Il est donc impératif d'appeler le Centre 15 ou le 112 afin d'être guidé sur la conduite à tenir surtout si l'enfant présente un syndrome de pénétration. Entre temps, il ne faut pas faire manger l'enfant ni le faire vomir. Quelques gorgées d'eau sont possibles si le patient l'accepte.

Dans les cas suspects d'ingestion, il faut penser à examiner le patient plus largement afin de déceler la présence de la pile dans d'autres orifices.

### Question au Dr Flodrops (urgentiste CHU de La Réunion Site Sud) : Que faire si la pile a passé le pylore ?

Dr Flodrops : « On surveillera son évacuation dans les selles. Si après 4 jours la pile n'est toujours pas retrouvée par les parents, ou plus tôt en cas de symptômes, on effectuera une radiographie de l'abdomen. Si la pile est toujours visible et accessible, une extraction par voie endoscopique pourrait s'envisager. En cas de saignement (oculte ou non), de douleurs abdominales, de vomissements, d'anorexie ou de fièvre, la pile devra être extraite par voie chirurgicale. »

Entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2020 et le 31 Juin 2020, 8 cas d'ingestion de pile bouton ont été décelés par le DTV-OI via des passages aux urgences du CHU de La Réunion (7 cas) et celles du GHER (1 cas). Un cas a nécessité une endoscopie en urgence.

### Le SLIME ou « pâte à prout » (3)

Le SLIME est une pâte gluante et élastique qu'il est possible de malaxer (figure 2). Il a trouvé succès auprès des enfants et des adolescents en tant que loisir créatif. Il est facile de s'en procurer dans le commerce, soit déjà prêt à l'emploi, soit en kit à reconstituer. Mais il est également possible de faire sa propre pâte en se procurant les composants de base dans le commerce. De nombreux tutoriels sont disponibles sur internet.



Figure 2 : Slime vendu dans le commerce. ©DTV-OI.

La manipulation de ce type de produit contenant des conservateurs de manière répétée et/ou prolongée peut générer également des atteintes cutanées et des ongles, eczéma, brûlures, prurit. Ces symptômes rapportés aux CAP début 2018 ont permis de tirer la sonnette d'alarme, aboutissant à un communiqué de presse (3) et à des contrôles de produits du commerce par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF).

### Billes ou Perles d'eau (4)

Translucides et généralement colorées, les perles d'eau font parties des articles de décoration qui peuvent servir à positionner des fleurs dans un vase. Elles sont composées de **polyacrylate de sodium**, un **polymère super absorbant** que l'on retrouve dans les couches jetables. Elles gonflent au contact de l'eau pouvant ainsi augmenter jusqu'à 400 fois leur poids en eau en quelques heures (figure 3).

En 2019, un décès et plusieurs occlusions intestinales ont été rapportés chez de jeunes enfants. L'accident est simple : l'enfant ingère (l'inhalation est également un risque) les billes d'eau qu'il peut confondre avec des bonbons, celles-ci gonflent à l'intérieur de système digestif provoquant au bout de quelques heures une occlusion. Les cas les plus sévères peuvent nécessiter une chirurgie lourde ou se solder par un décès en l'absence de prise en charge. Les autorités publiques et l'ANSES, ont publié un communiqué de presse afin d'alerter les parents et les personnes ayant la garde d'enfants de la dangerosité des perles d'eau en cas d'ingestion par un enfant. Lors d'une obstruction intestinale aiguë chez l'enfant, l'ingestion de billes

Les ingrédients de bases utilisés pour la fabrication maison du SLIME contiennent des substances chimiques pouvant être toxiques, dont l'**acide borique** et des composants de la colle à papier liquide (solvants). L'exposition des enfants à ces produits peuvent être à l'origine d'irritations des yeux, des voies respiratoires, voire être toxique pour le système nerveux central.



Figure 3 : perles d'eau petit modèle, déshydratées (diamètre : 2mm) et hydratées (diamètre 12mm) après 2h. ©DTV-OI.

d'eau doit être éliminée. A noter aussi, qu'à l'instar d'autres petits objets, la perle d'eau peut être à l'origine d'étouffement. Il convient alors de les tenir hors de portée des jeunes enfants.

### Huiles essentielles (5)

Les huiles essentielles (HE) sont extraites d'une matière première végétale par un procédé permettant la séparation de la phase aqueuse. Ces préparations sont très concentrées et peuvent dans certaines situations provoquer des symptômes d'intoxication.

Chez les jeunes enfants la manipulation d'HE peut entraîner des troubles respiratoires et/ou digestives (toux, irritation pharyngée, nausées, vomissements, douleurs gastriques,...) mais également des troubles neurologiques (sommolence, trouble de la vigilance, agitation, convulsions, ...). Au contact des yeux, une irritation voire des lésions de la cornée sont possibles.

Les intoxications aux HE par procuration ont déjà été observées à La Réunion comme en France métropolitaine. L'accident survient chez le nouveau-né auquel un des parents lui a administré oralement quelques gouttes d'HE à la place de la vitamine D. La confusion est majorée par la ressemblance des flacons et survient généralement dans un contexte de fatigue. Des lésions de la langue et de la muqueuse buccale sont possibles. Les douleurs peuvent gêner le nourrisson lors de l'alimentation.

Adrien Maillot

### Références :

- (1) Labadie M, O'Mahony E, Capaldo L, Courtois A, Lamireau T, Nisse P, et al. Severity of button batteries ingestions: data from French Poison Control Centres between 1999 and 2015. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. 13 déc 2017;
- (2) Litovitz T, Schmitz BF. Ingestion of cylindrical and button batteries: an analysis of 2382 cases. *Pediatrics*. avr 1992;89(4 Pt 2):747-57.
- (3) ANSES, DGCCRF. Communiqué de presse. Le Slime, une pâte très prisée mais pas sans risque. 4 mai 2018. Disponible sur <https://www.anses.fr/fr/content/le-slime-une-p%C3%A2te-tr%C3%A8s-pris%C3%A9e-mais-pas-sans-risque>
- (4) ANSES. Communiqué de presse. Bulles ou perles d'eau : Attention au danger en cas d'ingestion par des enfants ! 26 décembre 2019. Disponible sur <https://www.anses.fr/fr/content/bulles-ou-perles-d%E2%80%99eau-attention-au-danger-en-cas-d%E2%80%99ingestion-par-des-enfants-0>
- (5) ANSES. Sprays et diffuseurs à base d'huiles essentielles : l'Anses appelle à la vigilance. 28 avril 2020. Disponible sur <https://www.anses.fr/fr/content/sprays-et-diffuseurs-%C3%A0-base-d%E2%80%99huiles-essentielles-l%E2%80%99anses-appelle-%C3%A0-la-vigilance-0>

## ENCADRE ADDICTOVIGILANCE

Les intoxications médicamenteuses relèvent de la pharmacovigilance et les intoxications aux substances psychoactives de l'addictovigilance. Le DTV-OI n'a pas vocation à monitorer ces événements hors de son périmètre même si les frontières ne sont pas toujours évidentes. Cependant, il est important de savoir vers qui se tourner. C'est pour cela que nous vous proposons cet encadré sur l'addictovigilance.

L'addictovigilance a pour objet la surveillance des cas d'abus, de dépendance et d'usages détournés liés à la consommation de toutes les **substances ayant un effet psychoactif**, à l'exclusion de l'alcool éthylique et le tabac.

Elle repose sur la **notification spontanée de ces cas** par les professionnels de santé au centre d'addictovigilance de sa région.

Pour la Réunion et Mayotte, le centre référent est le [centre d'addictovigilance de Bordeaux](#). Vous pouvez le contacter :

- pour poser une question sur une substance ou un médicament, ses effets, en particulier dans le cadre du suivi du patient
- et/ou pour signaler un cas d'abus, de dépendance ou d'usage dé-

tourné mais aussi les complications médicales et/ou psychiatriques liées à la consommation d'une substance psychoactive

- pour recevoir le [bulletin d'addictovigilance](#)

Comment déclarer un cas d'addictovigilance ?

- Par téléphone : 05 56 79 55 08
- Envoi de la fiche de déclaration ANSM ET/OU compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation
  - . par mail : [addictovigilance@chu-bordeaux.fr](mailto:addictovigilance@chu-bordeaux.fr)
  - . par fax : 05 57 57 46 60
  - . par courrier :
- Par le portail de signalement des événements sanitaires indésirables : [https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_ihm\\_utilisateurs/index.html#/accueil](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil)

[POUR EN SAVOIR PLUS CLIQUEZ-ICI](#)

## PREVENTION

De nombreuses intoxications pédiatriques pourraient être évitées par de simples actions de prévention. La mise sur le marché de nouveaux produits est pourvoyeuse de nouvelles intoxications poussant les autorités sanitaires à prendre régulièrement de nouvelles mesures.

Quelques conseils sélectionnés :

- ✓ Tenir hors de portée des enfants : produits ménagers, piles (même usagées), médicaments, stupéfiants, plantes toxiques...

### Hors de vue et de portée = Hors de danger

- ✓ S'assurer de posséder des objets (dont les jouets) dont le compartiment à piles est sécurisé et ne peut pas être facilement ouvert.
- ✓ Ne pas déconditionner en particulier les caustiques ou les substances chimiques. Les efforts réalisés au fil des années pour sécuriser le conditionnement des produits toxiques peuvent se voir réduits à zéro quand ces derniers sont déconditionnés.
- ✓ Pour les produits « faits-maison » (Do It Yourself – DIY) : les conditionner dans des contenants adaptés, détaillant la composition du produit et marqués avec les bons pictogrammes.
- ✓ Expliquer à son enfant la signification des pictogrammes sur les étiquettes et les risques encourus en cas d'ingestion d'un produit toxique ([Découvrez les nouvelles étiquettes](#))

Dans un cadre plus général, en cas d'exposition à un agent potentiel-

lement toxique, il est impératif d'appeler le Centre 15 ou le 112 en cas de détresse vitale ou un centre antipoison en l'absence de signes critiques. Garder le maximum d'informations à portée de main (étiquettes, photos, notices, emballages, ...) afin d'aider les permanenciers à évaluer les risques.

Quelques consignes sont à respecter pour ne pas aggraver la situation :

- ✗ Ne pas faire vomir la victime, car cela peut majorer les lésions, provoquer une inhalation
- ✗ Ne pas faire boire du lait ou du miel, car cela pourrait accélérer l'absorption du toxique
- ✗ Ne pas faire boire de l'eau, car cela peut faire mousser un détergent ingéré
- ✗ Ne pas laisser la personne sans surveillance

Plus de détails sur la prévention des accidents domestiques [ici](#).



C - Corrosif



T - Toxique



Xi - Irritant

## REMERCIEMENTS

Nous tenions à remercier les services des urgences et les DIM des 4 hôpitaux de l'île de La Réunion pour leur travail au quotidien. Merci également aux cliniciens qui ont contribué à enrichir ce bulletin dans une dynamique collaborative. Merci à tous pour vos retours et échanges constructifs.



### Dispositif Toxicovigilance Océan Indien

Responsable : Adrien Maillot  
Réfèrent médical : Olivier Maillard  
[adrien.maillot@chu-reunion.fr](mailto:adrien.maillot@chu-reunion.fr)  
+262 692 26 77 13

Le DTV-OI est financé par :



Connaître, évaluer, protéger

### Comité de relecture du pôle Santé Publique :

Norah Anthony, Léa Bruneau, Catherine Marimoutou et Nadège Naty  
Rédacteur en chef : Adrien Maillot  
Co-Rédacteur en chef : Olivier Maillard

Si vous souhaitez vous désabonner, [cliquez ici](#).