

EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE MORTALITE DES INTOXICATIONS AIGUËS EN REANIMATION A BOUAKE (COTE D'IVOIRE) DE 2015 A 2018.

Epidemiology and mortality factors of acute intoxication in intensive care in Bouaké (Ivory Coast) from 2015 to 2018.

Irié Bi GS¹, Pete Y¹, Benie AC², Koffi N¹, N'da-Koffi C¹, Able E¹, Ogondon B¹, Kouadio S¹, Boua N¹, Kouame KE¹.

Affiliation des auteurs : 1-Service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké ; 2- Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

Auteur correspondant: Irié Bi Gohi Serge Maître-assistant Anesthésie-réanimation CHU de Bouaké
Téléphone: 22507673862 Mail: iriebi_gohiserge@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Les intoxications aiguës constituent un motif fréquent d'admission en réanimation. **Objectif:** Décrire le profil épidémiologique, analyser les facteurs de mortalité des patients admis en réanimation pour intoxications aiguës. **Patients et méthodes:** Etude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur quatre ans (du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2018). Etaient inclus les patients admis en réanimation à Bouaké pour une intoxication aiguë. Les variables étudiées étaient: les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques de l'intoxication, les caractéristiques cliniques, thérapeutiques, évolutives et le pronostic. **Résultats :** Sur un total de 1476 admissions durant la période d'étude, 131 patients ont été admis pour une intoxication aiguë, soit une prévalence hospitalière de 8,8 %. L'âge moyen était de 19 ans (extrême : 1 mois et 70 ans). Le sex-ratio était de 0,84. La majorité des intoxications avaient eu lieu au domicile (94 %). Les antécédents psychiatriques étaient présents chez 11% des patients. Les intoxications avaient lieu en milieu urbain dans 72% des cas. Le lieu de l'intoxication était le domicile familial dans 94% des cas. La nature de l'intoxication et le type de toxique incriminé était fonction de l'âge des patients intoxiqués. Le délai moyen d'admission était de 7,38 heures \pm 12 heures (extrêmes: 30 mn et 72 heures). Les intoxications étaient symptomatiques chez 93% des patients. Les symptômes cliniques observés étaient : gastro-intestinaux (70%), respiratoires (62 %) et neurologique (43%). Des tentatives de vomissements associées à une automédication ont été réalisées chez 69% des patients. Les substances utilisées pour l'automédication étaient : l'huile de palme (80 %) et de lait (20%). Le traitement en réanimation était initialement symptomatique puis secondairement adapté à la nature du toxique incriminé ou suspecté. Le recours à l'intubation trachéale et à la ventilation mécanique a été nécessaire chez 10% des intoxiqués. Le séjour moyen en hospitalisation a été de 1,64 \pm 1,5 jours (extrêmes : 1 et 10 jours). La létalité était de 8 %. Les facteurs de mauvais pronostic étaient : l'existence d'un collapsus cardiovasculaire (p <0,001), la présence d'un coma profond (p <0,001) et la réalisation d'une ventilation mécanique (p <0,001). **Conclusion :** Les intoxications aiguës constituent un problème de santé publique à Bouaké et nécessite des actions de prévention. **Mots clés :** Intoxication aiguë, Epidémiologie, Pronostic, Réanimation.

ABSTRACT

Introduction: Acute poisoning is a common reason for admission to intensive care. **Objective:** To describe the epidemiological profile, to analyze the mortality factors of patients admitted to intensive care for acute intoxication. **Patients and methods:** A retrospective, descriptive and analytical study covering four years (from January 1, 2015 to December 31, 2018). Includes patients admitted to intensive care in Bouaké for acute intoxication. The variables studied were: socio-demographic characteristics, intoxication characteristics, clinical, therapeutic, evolutionary and prognostic characteristics. **Results:** Of a total of 1476 admissions during the study period, 131 patients were admitted for acute intoxication, with a hospital prevalence of 8.8%. The average age was 19 (range: 1 month to 70 years). The sex ratio was 0.84. The majority of poisonings occurred at home (94%). Psychiatric history was present in 11% of patients. The poisoning occurred in urban areas in 72% of cases. The place of intoxication was the family home in 94% of cases. The nature of the intoxication and the type of poison toxin depended on the age of the intoxicated patients. The average admission time was 7.38 hours \pm 12 hours (range: 30 minutes to 72 hours). The poisoning was symptomatic in 93% of the patients. The clinical symptoms observed were: gastrointestinal (70%), respiratory (62%) and neurological (43%). Vomiting attempts associated with self-medication were performed in 69% of patients. The substances used for self-medication were: palm oil (80%) and milk (20%). The treatment in intensive care was initially symptomatic then secondarily adapted to the nature of the incriminated or suspected toxin. The use of tracheal intubation and mechanical ventilation was necessary for 10%

of the patients. The average stay in hospital was 1.64 ± 1.5 days (range: 1 to 10 days). The lethality was 8%. The factors of poor prognosis were the existence of a cardiovascular collapse ($p < 0.001$), the presence of a deep coma ($p < 0.001$) and the use of mechanical ventilation ($p < 0.001$). **Conclusion:** Acute intoxication is a public health problem in Bouaké and requires preventive action. **Key words:** Acute poisoning, Epidemiology, Prognosis, Resuscitation.

INTRODUCTION

Les intoxications aiguës constituent un grave problème de santé publique et un motif fréquent d'admission dans de nombreux services d'urgences du monde [1-4]. Selon les données de l'OMS, en 2012 les intoxications aiguës étaient responsables de 84% des décès dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [5]. Dans les pays développés, le souci de prévention et d'une prise en charge appropriée a conduit à la création de centres anti-poisons [6]. Au Maroc, en 2006, le Centre antipoison et de pharmacovigilance a recensé 5991 cas d'intoxications, dont soixante-dix-huit décès [7]. En Côte d'Ivoire, l'absence de centre antipoison ne nous permet pas d'avoir des statistiques nationales récentes. Toutefois, de nombreuses études réalisées à Abidjan ont permis d'étudier l'intoxication aiguë chez l'enfant [8-14], chez l'adulte [15], par les plantes [16], le méthanol [17,18], les produits caustiques [19-21] et les déchets toxiques [22]. Un rapport d'activités établi pour le service de médecine du travail du CHU de Yopougon a objectivé une élévation des intoxications chez les adultes au cours des dix dernières années [23]. A Bouaké, les travaux portant sur les intoxications aiguës sont peu nombreux et ont porté sur l'intoxication aiguë grave chez l'enfant [24] et l'intoxication aux organophosphorés [25]. Qu'est-ce qu'il en est des intoxications aiguës dans la population générale à Bouaké ? Ce travail avait pour but de décrire les caractéristiques épidémiologiques et déterminer les facteurs de mortalité des intoxications aiguës en réanimation à Bouaké.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur une période de quatre ans (1er janvier 2012 au 31 décembre 2015) au service de réanimation polyvalente du CHU de Bouaké. Étaient inclus les dossiers des patients admis pour une intoxication aiguë. N'ont pas été inclus, les patients admis pour une toxi-infection alimentaire, une intoxication subaiguë ou chronique, une intoxication par venin d'animaux. La ville de Bouaké est la 2e plus grande ville de la Côte d'Ivoire, située à 330 km d'Abidjan. Elle ne possède qu'un seul service de réanimation qui reçoit tous les patients graves provenant des régions du centre et du nord du pays. Le service de réanimation est le seul service de référence pour la prise en charge des intoxications dans la région du

Gbêkê. Dès leur arrivée, les patients bénéficiaient de la mise en place d'un abord veineux de bon calibre et d'un monitoring (pression artérielle, pouls, fréquence respiratoire, tracé de l'électrocardiogramme, température, saturation périphérique en oxygène). Ensuite un interrogatoire (chez les patients conscients) suivi d'un examen physique complet était réalisé. Le diagnostic d'intoxication était posé à la vue de l'agent incriminé, sur la base des informations prises auprès de la famille du patient au sujet de l'agent impliqué, et des résultats de l'examen clinique. Le dosage biologique (sang, urines, liquide gastrique) des toxiques suspecté n'était pas possible dans notre institution au cours de la période d'étude. Le traitement réalisé en urgence était symptomatique et était fonction de la nature du toxique suspecté. Certains examens paracliniques étaient demandés en urgence (la radiographie du thorax de face, la fibroscopie œsogastroduodénale, la numération formule sanguine (NFS), la crase sanguine. Les variables étudiées étaient: les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, niveau socio-économique, profession), les caractéristiques de l'intoxication (circonstance, lieu, type de caustique, moment de prise), les caractéristiques cliniques (symptomatologie), thérapeutiques (traitement à domicile avant l'admission en réanimation, délai de prise en charge), évolutives et le pronostic. La saisie et le traitement des données ont été effectués à l'aide du logiciel Epi Info™ version 3.5.3. Les comparaisons statistiques étaient fondées sur le test de Fischer exact avec comme seuil de significativité p inférieur à 0,05.

RESULTATS

Au cours de la période d'étude, 131 dossiers de patients ont été analysés sur un total de 1476 admissions, soit une prévalence hospitalière de 8,8%. On notait 71 patients de sexe féminin et 60 de sexe masculin (Sex-ratio était de 0,84) (**Tableau I**). L'âge moyen des intoxiqués était de 19 ans avec des extrêmes de 1 mois et 70 ans. Les sujets d'âge compris entre 0 et 14 ans constituaient 40% de notre effectif (**Figure I**). Les intoxications avaient lieu en milieu urbain dans 72% des cas. Les couches socio-professionnelles concernées par l'intoxication aiguë étaient: les enfants d'âge préscolaire (33%), les travailleurs du secteur informel (31%), les élèves et étudiants (27%). Les intoxications étaient survenues au domicile familial dans 94%. Chez les sujets d'âge

compris entre 0 et 14 ans l'intoxication était essentiellement accidentelle (96%) tandis que chez ceux d'âge supérieur à 14 ans elle était le plus souvent volontaire à but d'autolyse (78%) (**Tableau II**). Des antécédents psychiatriques étaient observés chez 11% des patients et la voie orale était la voie préférentielle de pénétration des toxiques (90%). Des tentatives de vomissements associées à une automédication ont été réalisées chez 69% des patients. Les substances utilisées pour l'automédication étaient : l'huile de palme (80 %) et de lait (20%). Le délai moyen d'admission était de 7,38 heures \pm 12heures (extrêmes: 30 mn et 72 heures). Les intoxications étaient symptomatiques chez 93% des patients. Les symptômes cliniques observés étaient gastro-intestinaux (70%), respiratoires (62%) et neurologique (43%) (**Tableau III**). Les principaux toxiques incriminés dans les intoxications aiguës étaient : les produits caustiques (35%), les médicaments (33%) et les pesticides organophosphorés (28%) (**Tableau IV**). Lorsqu'on effectue la répartition des toxiques selon l'âge des patients, les toxiques prédominants sont : les produits caustiques (50%) et les pesticides organophosphorés (25%) chez les sujets de 0 à 14 ans. Tandis que chez les patients d'âge supérieur à 14 ans les toxiques les plus importants étaient médicaments (44%), et les pesticides organophosphorés (30%) (**Tableau IV**). Le traitement en réanimation, était d'abord symptomatique. Selon le type de toxique suspecté ou incriminé la prise en charge des patients pouvait inclure en plus des mesures habituelles de réanimation, une diète, un lavage gastrique et des pansements gastriques. D'autres thérapeutiques telles que l'oxygénothérapie, le sulfate d'atropine et le furosémide ont été administrés à respectivement 60%, 27% et 4% de nos patients. Le recours à l'intubation trachéale et à la ventilation mécanique a été nécessaire dans 10% des cas. Le séjour moyen en hospitalisation a été de $1,64 \pm 1,5$ jour, avec des extrêmes de 1 et 10 jours. La létalité dans notre série était de 4,58%. Les décès enregistrés étaient corrélés aux intoxications aux organophosphorés (4cas) et à l'intoxication au paracétamol (2cas). Les facteurs de mauvais pronostic associés aux décès étaient : l'existence d'un collapsus cardiovasculaire ($p < 0,001$), d'un coma profond ($p < 0,001$) et la nécessité de mise sous ventilation artificielle ($p < 0,001$) (**tableau V**).

DISCUSSION

Notre travail a connu quelques limites du fait de son caractère rétrospectif (perte éventuelle de données, informations incomplètes sur les patients). Cependant, il nous a permis de décrire à Bouaké, le profil épidémiologique et évolutif des intoxications aiguës pris en charge

en réanimation à Bouaké. Notre étude a montré que ces intoxications aiguës concernaient dans 43% des cas, des enfants d'âge compris entre 0 et 14 ans. Les intoxications survenaient le plus souvent au domicile familial (94%). Les circonstances des intoxications et les toxiques incriminés variaient en fonction de l'âge des intoxiqués. La prévalence des intoxications aiguës dans notre étude était de 8,8%. On enregistrait une prédominance des enfants et des adolescents (60%). Cette situation a été également observée dans plusieurs pays d'Afrique comme le Maroc où 49,3 % des intoxiqués étaient âgés de moins de 20 ans [7]. Au Mali en 2006, dans le district de Bamako (2006) les patients âgés de 0 à 20 ans représentaient 46,58 % des cas [26]. Ces résultats peuvent s'expliquer par les changements physiques et psychologiques que subissent les adolescents, qui conduisent certains d'entre eux à des pratiques et des comportements (avortement clandestin, tentative de suicide, toxicomanie) mettant leur vie en péril, consciemment ou non. Une prédominance du sexe féminin a été notée dans 54% des cas. Cette situation a été également observée à Bamako (62 %) [26], à Abidjan (70 %) [15], et au Maroc (55 %) [7]. Ce constat est confirmé par Megarbane Baud qui a montré que 2/3 des victimes d'intoxication aiguë en France étaient des femmes [6]. La fragilité morale et affective des femmes expliquerait ce résultat et les prédisposerait à des intoxications aiguës à but d'autolyse. Toutefois, des études ont montré que cette prévalence du sexe est variable selon l'âge [11]. Contrairement aux adultes, la prédominance est masculine chez les enfants [11]. Il s'agit généralement d'intoxication accidentelle, domestique, observée chez le jeune garçon car étant plus curieux, plus agité que la petite fille du même âge. Dans notre étude, 77 % des enfants de moins de 5 ans étaient de sexe masculin. Chez les sujets de 0 à 14 ans les intoxications observées étaient d'origine accidentelle dans 75% des cas, tandis que chez les sujets d'âge supérieur à 15 ans, Les intoxications étaient essentiellement volontaires à dans un but d'autolyse (97%). Nos résultats étaient superposables à ceux de Mignonsin et al, Yeboue-kouameet al, Megarbane Baud qui retrouvaient une tentative d'autolyse chez 84,21% [20], 80,9 % [21] et 98% [6] de leurs patients d'âge supérieur à 15 ans. Dans notre série, les produits incriminés dans la survenue des intoxications étaient essentiellement représentés par les produits caustiques (50%) et les organophosphorés (25%) chez les sujets de 0 à 14 ans. Tandis que chez les sujets de plus de 14 ans les médicaments (45%) et les pesticides organophosphorés (34%) étaient les toxiques majoritaires. Cette part importante

des organophosphorés (28% de l'ensemble des toxiques) a peu été rapportée dans les travaux portant sur les intoxications aiguës à Abidjan et en Afrique. Les composés organophosphorés sont des substances chimiques largement utilisées comme insecticides dans les régions agricoles du monde [27]. Ils représentent une source importante de morbidité et de mortalité dans de nombreux pays en développement [28]. Le nombre important d'intoxications aux organophosphorés observées dans notre série s'expliquerait par le fait que la ville de Bouaké est une ville semi-rurale dont l'économie est essentiellement basée sur l'agriculture. Cette agriculture impose l'utilisation fréquente des pesticides organophosphorés, d'où l'accès facile et l'implication importante de ces produits à l'origine d'intoxications graves. Chowdhury et al en Inde [29] avaient noté que les pesticides organophosphorés, étaient les agents les plus impliqués (53,3%), suivis des produits chimiques domestiques dans 33,7%. Le traitement en réanimation était essentiellement symptomatique. L'administration d'antidote était réalisée lorsque le toxique était formellement identifié ou lorsque la symptomatologie clinique permettait de suspecter un toxique. Nous avons enregistré 06 décès, secondaires à une intoxication aux organophosphorés (4 cas) et au paracétamol (2cas). Les facteurs de mauvais pronostic étaient : l'existence d'un collapsus cardiovasculaire ($p < 0,001$), la présence d'un coma profond ($p < 0,001$) et la réalisation d'une ventilation mécanique ($p < 0,001$).

CONCLUSION

Les intoxications aiguës constituent un motif fréquent d'admission en réanimation à Bouaké. Elles concernent le plus souvent chez les sujets jeunes, de sexe féminin. Les principaux toxiques incriminés sont les médicaments, les pesticides organophosphorés et les produits ménagers caustiques. La gravité de ces intoxications impose d'une part une prévention primaire par des actions de sensibilisation des populations et d'autre part une prévention des récidives par la prise en charge des adolescents et adultes par des psychiatres.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

REFERENCES

1. Flanagan RJ, Rooney C. Recording acute poisoning deaths. *Forensic Sci int.* 2002;128:3-19.
2. Chen F, Wen JP, Wang XP, Lin QM, Lin CJ. Epidemiology and characteristics of acute poisoning treated at an emergency center. *World.* 2010;1:154-6.
3. Akkose S, Fedakar R, Bulut M, Armagan E, Cebicci H. Acute poisoning in adults in the years 1996-2001 treated in the Uludag University Hospital, Marmara Region, Turkey. *Clin Toxicol.* 2005;43:105-9.
4. McCaig LF, McCaig L, Burt CW. Poisoning-related visits to emergency departments in the United States, 1993-1996. *Clin Toxicol.* 1999; 37:817-26.
5. World Health Organization, **Poisoning Prevention and Management** [online] 2012 [cited 2014 June 4]. Available from: URL: <http://www.who.int/ipcs/poisons/en/>.
6. Megarbane Baud. Intoxications aiguës médicamenteuses. *EncyclMédChir. Toxicol.* Prof. 2002 ; 16001-G-10 : 31 .
7. Ouammi L, Rhalem N, Aghandous R, Semllali I, Badri Jalal G, Benlarabi S, Mokhtari A, Soulaymani A, Soulaymani-Bencheikh R. Profil épidémiologique des intoxications au Maroc de 1980 à 2007. *Toxicologie Maroc* 2009 ; 1 : 8-13.
8. Adonis-Koffi LY, Timite-Konan AM, Yebouet BY, Ehua-Amangoua E S, Camara-Coulibaly R, Asse KV, Ake Assi MH. Les intoxications aiguës en pédiatrie au CHU de Yopougon, Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot* 1999 ; 92 : 114-7.
9. Ake-Assi MH, Timite-Konan AM, Adonis-Koffi LY, Ehua-Amangoua ES, Coulibaly RF. Aspects épidémiologiques des intoxications aiguës chez l'enfant en pédiatrie à Abidjan. *Méd Afr Noire* 2001 ; 48 : 457-60.
10. Ake-Assi M H, Timite-Konan A M, Adonis-Koffi LY, Ehua-Amangoua ES, Coulibaly RF, Asse KV. Enquête CAP sur les intoxications accidentelles aiguës de l'enfant à Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Bull .Soc. Pathol. Exot* 2002. 95: 45-46.
11. Ake Assi MH. Les intoxications aiguës chez les enfants au CHU de Yopougon : aspect épidémiologiques, cliniques et prise en charge. Thèse Méd., 1999 ; n°2255. Université Abidjan Thèse, Med. Abidjan, 1999 ; 2255.
12. Ake Assi MH, Timite-konan AM, Adonis-Koffi LY, Coulibaly RE et coll. Aspects épidémiologiques des intoxications aiguës chez l'enfant en pédiatrie à Abidjan. *Rev. Prat.* 2000 ; 25 : 1750-52.
13. Bonny JS, Brou Y, Biau N, Mignonsin D, N'cho A, Coffi SD, Bondurant A. Intoxications aiguës chez l'enfant: aspects statistiques à partir des données du service d'Anesthésie Réanimation du CHU de Cocody Abidjan pour l'année 1988. *Rev. Prat.* 1990; 26 : 91-4.
14. Mignonsin D, Lavodrama A, Kane M. Intoxication aiguë chez l'enfant : Etude épidémiologique. *Med. Afr. Noire* 1991 ; 38 : 353-5.
15. Tchicaya AF, Wognin SB, Kouassi YM, Yeboue-Kouame YB, Abia LA, Aka IN, Maffo TM, Bonny JS. Aspects épidémiologiques des intoxications aiguës chez les adultes au CHU de Yopougon de 1994 à 2003. *Méd Afr Noire*, 2007 ; 54 : 613-18.

16. **Die-Kacou H, Kamagate M, Yavo JC, Daubret TH, Diafouka F.** Intoxication par les plantes à Abidjan : difficultés du diagnostic étiologique et aspects ethnobotaniques. *Rev Bio-Afr*2009 ; 9 :34-43.
17. **Tetchi YD, Ouattara A, Coulibaly KT, Abhe CM, N'Guessan YF, Brouh Y.** Difficultés de prise en charge des intoxications au méthanol en Afrique subsaharienne. *Ann Fr Méd Urg*, 2014 ; 4 :53-55.
18. **Akitikpa Koffi Nicaise.** Prise en charge des intoxications collectives en Côte d'Ivoire : cas des alcools frelatés (Méthanol).Thèse, Med. Abidjan, 2003 ; 3453.
19. **Boua N, Tetchi YD, Ouattara B, Soro L, Mignonsin D, N'dri KD.** Intoxications par ingestion de produits caustiques: aspects épidémiologiques et thérapeutiques au CHU d'Abidjan. *Cahier Anesthésiologie*, 2000,48:245-49.
20. **Mignonsin D, Yassibana S, Camara B, Gnionsahe A, Sampson C, Kane M, Bondurand A.** Intoxication par les produits caustiques : étude épidémiologique et approche thérapeutique. *Méd Afr Noire* 1992; 39:306-11.
21. **Yeboue-kouame, Bonny JS, Aka J.** Prise en charge des intoxications aux produits caustiques chez l'adulte au CHU de Yopougon. *Med. Afr. Noire* 1998 ; 45 : 166-168.
22. **Tiembre I, Koné B A, Dongo K, Tanner M, Zinsstag J, Cisse G L.** Aspects épidémiologiques et cliniques de l'intoxication par les déchets toxiques dans le District d'Abidjan. *Cahiers Santé*.2009 ; 19 :189-94.
23. **Clemessy JL, Lapostolle F, Borron SW, Baud FJ.** Intoxication aiguë à la chloroquine. *Presse Med* 1996 ; 25 :1435-9.
24. **Irié bi GS, Kouame KE, Pete Y, Ogondon B, N'da-Koffi C, Kouadio KS, Boua N, Brouh Y.** Morbidité et mortalité des intoxications aiguës graves de l'enfant en réanimation au CHU de Bouaké. *Rev Afr Anesth Méd Urg* 2016;21:33-7.
25. **Irié Bi GS, Pete Y, Koffi N, Ogondon B, N'da-Koffi, Kouadio KS, Kouamé KE, Brouh Y.** Les intoxications aiguës aux pesticides organophosphorés : Aspects épidémiologiques et facteurs pronostiques. *Rev Afr Anesth Méd Urg* 2016; 3-7.
26. **Samaké BM, Coulibaly Y, Diani N, Drame AI, Cisse MA, Doumbia MZ, Sanou F, Diallo A.** Profil épidémiologique des intoxications aiguës au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. *Mali Médical* 2011 ; XXVI : 34-6
27. **Eddleston M, Lalith S, Fahim M, Indika Ga, Steven JB, Gamini M, Nicholas AB.** Acute Human Lethal Toxicity of Agricultural Pesticides : A Prospective Cohort Study *PLoS Med* 2010 ; 7 :e1000357.
28. **Srinivas Rao C, Venkateswarlu V, Surender T, Eddleston M, Buckley NA.** Pesticide poisoning in south India: opportunities for prevention and improved medical management. *Trop Med Int Health* 2005 ; 10 : 581-88.
29. **Chowdhury NA, Banerjee S, Brahma A, Biswas MK.** A study on mortality and morbidity pattern of acute childhood poisoning cases admitted in block primary health centres of Sundarban, West Bengal. *Indian J Public Health*. 2008 ; 52 : 40-2

Tableau I : répartition des patients selon l'âge et le sexe (n=131)

Genre	0-14 ans	≥15ans	Total
Masculin	27	33	60
Féminin	25	46	71
Total	52	79	131

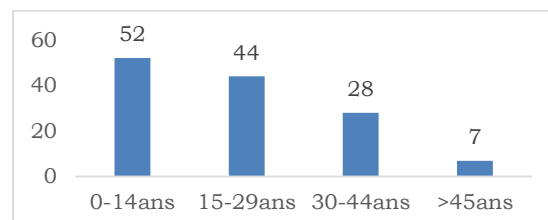


Figure I : répartition des patients selon l'âge (n=131)

Tableau II : répartition du type d'intoxication selon le groupe d'âge (n=131)

	0-14 ans	≥15 ans	Total
Volontaire	02	62	64
Accidentelle	50	17	67
Total	52	79	131

Tableau III : répartition des patients selon les signes cliniques(n=131)

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Signes digestifs	92	70
Signes respiratoires	82	63
Signes neurologiques	57	43
Signes cardiovasculaires	48	36
Signes ORL	18	14

Tableau IV : répartition des patients selon l'âge et la nature du toxique (n=131)

Toxiques	0-14 ans	≥15ans	Total
Caustiques	26	20	46
Pesticides	13	24	37
Médicaments	08	35	43
Pétrole	04	00	04
Total	52	79	131

Tableau V: répartition des patients selon les facteurs pronostic (n=131)

Paramètres	Survivants	Décédés	P
Signes digestifs	90	02	0,06
Détresse respiratoire	16	03	0,19
Collapsus cardiovasculaire	07	05	0,00
Coma	08	04	0,00
Convulsion	05	00	0,82
Ventilation mécanique	00	05	0,00