



**Intoxications médicamenteuses de l'enfant en réanimation : cas des CHU de Bouaké et Cocody (Côte d'Ivoire) / Drug Intoxications Of Children In Resuscitation Unit: Cases Of Bouake and Cocody Teaching Hospital (Cote d'Ivoire)**

**YOBO Bi Manan Siméon<sup>1</sup>, N'ZOUÉ Kanga Sita<sup>1</sup>, KEE Mankoh Yves-Cédric<sup>1</sup>, TOURE Massiré<sup>1</sup>, KONANDRI Eméric Désiré<sup>2</sup>, KOUAME André Arsène Bhellys<sup>3</sup>, KAMAGATE Mamadou<sup>1</sup>**

**RESUME**

**Introduction :** Les intoxications médicamenteuses chez l'enfant admis en unité de réanimation pédiatrique sont fréquentes et graves. La mortalité liée à ces intoxications est préoccupante. L'objectif était de décrire leurs caractéristiques chez l'enfant ivoirien

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur les dossiers des patients de 0-15 ans admis pour suspicion d'intoxication médicamenteuse de janvier 2015 à septembre 2016 dans les CHU de Bouaké et Cocody.

**Résultats :** Nous avons recensé 36 enfants sur la période. L'âge moyen était de 6,2±5,1ans. Environ 52,8% étaient dans la tranche de 0 à 4 ans. Le sexe féminin représentait 50%. Les circonstances de survenue étaient accidentelles domestiques (61,1%). Le syndrome cholinergique représentait 73,4% des toxidromes. La majorité des cas était bénins (77,8%). Le bromazépam et le paracétamol étaient les plus incriminés. Les comprimés représentaient 67,4% des formes galéniques. Le traitement symptomatique était réalisé chez tous les patients. L'évolution était favorable (100%).

**Conclusion :** L'intoxication médicamenteuse de l'enfant assez alarmante semble de gravité modérée et de faible mortalité du fait de leur précocité de la prise en charge.

**Mots clés :**

-Enfants,  
-Intoxication  
-Médicament,  
-Réanimation,  
-Toxicovigilance

**ABSTRACT**

**Introduction.** Drug poisoning in children requiring care in a pediatric resuscitation unit remains rare. The mortality linked to these poisonings is worrying. The objective was to describe their characteristics in the Ivorian child

**Methods.** This was a descriptive cross-sectional study of the records of patients aged 0-15 years admitted for suspected drug intoxication from January 2015 to September 2016 in the University Hospitals of Bouaké and Cocody.

**Results.** We identified 36 children over the period. The mean age was 6.2 ± 5.1 years. About 52.8% had a 0-4 year age bracket. The female sex accounted for 50%. The circumstances of occurrence were accidental domestic (61.1%). Cholinergic

<sup>1</sup>Service de Pharmacologie Clinique, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, Université Alassane Ouattara, 01 BPV 18 Bouaké 01(Côte d'Ivoire)

<sup>2</sup>Service de Pédiopsychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, Université Alassane Ouattara, 01 BPV 18 Bouaké 01 (Côte d'Ivoire)

<sup>3</sup>Service de Médecine de travail, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, Université Alassane Ouattara, 01 BPV 18 Bouaké 01 (Côte d'Ivoire)

**Correspondant :** Dr YOBO BI Manan Siméon, Service de Pharmacologie clinique, CHU de Bouaké, 21 BP 4916 Abidjan 21 (Côte d'Ivoire), E-mail : [yobobimanan@gmail.com](mailto:yobobimanan@gmail.com)

*syndrome represented 73.4% of toxidromes. The majority of cases were mild (77.8%). Bromazepam and paracetamol were the most implicated. The tablets represented 67.4% of the dosage forms. Symptomatic treatment was performed in all patients. The evolution was favorable (100%).*

**Conclusion.** *The rather alarming drug intoxication of the child seems to be of moderate severity and of low mortality due to their early management.*

**Keywords:**

-Children,  
-Drug  
-Intoxication,  
-Resuscitation,  
-Toxicovigilance

## INTRODUCTION

Les intoxications médicamenteuses chez l'enfant nécessitant une prise en charge en unité de réanimation pédiatrique restent rares (0,5 à 2 %)¹. La surveillance des patients en milieu hospitalier (généralement <12heures) est d'une importance capitale du fait de son caractère dynamique avec la possibilité d'une symptomatologie différée ou retardée¹. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et *United Nations Children's Fund* (UNICEF), les intoxications constituent la quatrième cause de décès chez les enfants². Dans les pays développés, l'intoxication médicamenteuse sont les plus fréquentes. Cependant les formes graves deviennent rares et les décès sont exceptionnels³. Près de 70 % des appels au Centre Antipoison de Lille ne donnaient pas lieu à une hospitalisation⁴. Par contre, les données des services de réanimation pédiatrique du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille font apparaître un taux important (supérieur à 30%) chez les enfants ayant nécessité une hospitalisation⁴.

Au Maroc, L'intoxication médicamenteuse en réanimation chez l'enfant représente 34,8%⁵. Des travaux récents en Côte d'Ivoire trouvaient une fréquence de 26,4% des admissions pour intoxications chez l'enfant dans les services des urgences et de réanimation pédiatriques⁶. La mortalité liée à ces intoxications est préoccupante. Les intoxications médicamenteuses admissibles en réanimation sont fonction de la quantité potentiellement létale de la substance absorbée et/ou des manifestations cliniques. Les principaux médicaments responsables d'intoxications graves sont ceux ayant une action sur le système nerveux central (sédatifs, hypnotiques, anticonvulsivants, antidépresseurs, morphiniques...)¹. Ces intoxications sont souvent mal évaluées occasionnant un non-respect des critères d'admission en réanimation⁷. L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques des intoxications médicamenteuses en réanimation chez l'enfant ivoirien.

## METHODES

Notre étude s'est déroulée au sein des services d'anesthésie-réanimation polyvalente et de toxicologie des CHU de Bouaké et Cocody en collaboration avec le service de pharmacologie clinique de Bouaké. Le CHU de Bouaké est le seul centre hospitalo-universitaire de niveau tertiaire à l'intérieur du pays avec un rayon de couverture sanitaire d'environ 250 km². Le service de réanimation situé au premier étage du bâtiment d'hospitalisation dispose d'une salle d'hospitalisation de 08 lits avec 1085 malades hospitalisés par an. Compte tenu des travaux de réhabilitation et de stérilisation effectués de mi-mai au 27 août 2016, ce service a occupé les locaux de l'ancien service de cardiologie qui disposaient de 04 lits.

Le CHU de Cocody est un hôpital public de troisième niveau de référence inauguré en juin 1970 et situé au nord-est du district

autonome d'Abidjan. Le service de réanimation du CHU de Cocody est situé au 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment d'hospitalisation. Sa capacité totale d'accueil est de 12 lits dont 6 fonctionnels. Parmi les 6 lits fonctionnels, un lit est réservé à la prise en charge des intoxications aiguës et une table pédiatrique.

Nous avons mené une étude transversale descriptive dans les services de réanimation des CHU de Bouaké et Cocody sur une période de 21 mois allant du premier janvier 2015 au 31 septembre 2016. Ont été inclus dans cette étude, les dossiers complets des patients de 0-15 ans admis pour suspicion d'intoxication médicamenteuse (médicaments classiques ou traditionnels ou illicites) durant la période d'étude. Les enfants ayant des dossiers incomplets ou non disponibles n'ont pas été inclus dans l'étude. Les dossiers retenus ont été préalablement recherchés dans les registres d'hospitalisation.

Les données ont été collectées au moyen de la fiche nationale de pharmacovigilance modifiée. Les paramètres étudiés étaient les données de notification (le nombre de cas et l'établissement sanitaire d'accueil), les données socio-démographiques (âge, sexe, activité et habitation), clinico-biologiques (délai d'admission, circonstances d'intoxication, signes clinique et biologique, toxidromes, gravité en pharmacovigilance et selon *Poison Severity Score*), toxicologiques (nombre de médicaments, molécules incriminées, forme galéniques, voie d'intoxication, classe thérapeutiques et DCI), thérapeutiques (traitement pré-hospitalier et hospitalier) et évolutifs (évolution à court terme et durée d'hospitalisation).

## RESULTATS

### Notification

Nous avons colligés 36 cas d'intoxications médicamenteuses chez l'enfant sur un total de 150 cas d'intoxications médicamenteuses soit une fréquence de 24%. Les CHU de Cocody et de Bouaké avaient enregistré respectivement 25 et 11 cas sur 36 cas.

### Sociodémographie

L'âge moyen était de  $6,2 \pm 5,1$  ans (extrêmes : 01 mois et 15 ans). Les enfants de moins de 5 ans représentaient plus de la moitié des cas (52,8%) et ceux de [10-15] ans 30,5%. Le sexe ratio était 1. Les patients des CHU de Cocody et Bouaké provenaient respectivement des villes d'Abidjan (66,7%) et de Bouaké (22,2%). Il s'agissait des enfants en âge préscolaires (58,3%) (Tableau I).

**Tableau Ia : Caractéristiques sociodémographiques des patients/ Socio-demographic characteristics of patients**

Données	n	%
<b>Sociodémographiques</b>		
<i>Tranches d'âge (n=36)</i>		
< 5	19	52,8
[5-10[	6	16,7
[10-15]	11	30,5
<i>Sexe (n=36)</i>		
Homme	18	50
Femme	18	50
Ratio (H/F)		1
<i>Provenance (n=36)</i>		
CHU Cocody	25	69,5
* Abidjan	24	66,7
* Hors Abidjan	1	2,8

Le traitement des données s'est fait à l'aide du logiciel Epi info7. Dans l'analyse statistique nous avons estimé des proportions et des pourcentages à partir des variables qualitatives. Les variables quantitatives nous ont permis de calculer des moyennes avec écart type et les extrêmes. L'autorisation de la direction générale et médicale scientifique du CHU de Bouaké (n°122 du 14/09/2016) ainsi que l'accord verbal du chef de service de réanimation de Cocody ont été obtenues. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés par l'attribution d'un numéro d'anonymat à chaque fiche d'enquête.

CHU Bouaké	11	30,5
*Bouaké	8	22,2
*Hors Bouaké	3	8,3
<i>Activités (n = 36)</i>		
Préscolaire (< 5 ans)	21	58,3
Elèves	13	36,1
Autres* Couturière : 1 Mécanicien : 1		5,6

**Tableau Ib : Caractéristiques clinico-biologiques des patients/ Clinical-biological characteristics of patients**

Données	n	%
<b>Clinico-biologiques</b>		
<i>Circonstances d'intoxication (n=36)</i>		
Accidents domestiques	22	61,1
Automédications inappropriées	7	19,4
Tentatives de suicides	5	13,9
Autres*(soumission/viol : 1 ; non précisé : 1)	2	5,6
<i>Signes cliniques (n=36)</i>		
Neurologiques/neurovégétatifs	26	72,2
Digestifs	13	36,1
Respiratoires	5	13,8
Cardiovasculaires	4	11,1
Généraux	4	11,1
Autres* (cutanéomuqueux : 2 ; néphrologiques : 2 ; ORL : 2)	6	16,5
<i>Toxidromes (n=15)</i>		
Syndrome cholinergique	11	73,3
Syndrome de myorelaxation	2	13,3
Autres* (syndrome extrapyramidal : 1 ; adrénérgique : 1)	2	13,3

**Gravité (n=36)**

<i>Poison severity score (PSS)</i>		
*PSS0	3	8,3
*PSS1	28	77,8
*PSS2	2	5,6
*PSS3	3	8,3
<i>Pharmacovigilance</i>		
*Hospitalisation/prolongation d'hospitalisation	33	91,7
*Menace du pronostic vital	3	8,3
*Décès	0	0

**Tableau Ic :** Caractéristiques thérapeutiques des patients/ *Therapeutic characteristics of patients*

Thérapeutiques	n	%
<b>Traitement pré-hospitalier (n=12)</b>		
Huile de palme rouge	7	58,4
Huile de palme raffinée	2	16,7
Jus de citron	2	16,7
Vomissement provoqué	1	8,2
<b>Traitement hospitalier</b>		
Symptomatique (n=36)	36	100
Evacuateur (n=36)	32	88,9
Charbon activé+ lavage gastrique	16	44,4
Charbon activé	13	36,1
Lavage gastrique	3	8,4
Epurateur (n=36)	8	22,2
Diurèse forcée	7	19,4
Hémodialyse	1	2,8
Antidotique (n=36)	1	2,8
N-acétylcystéine	1	2,8

**Clinico-biologie**

Le délai moyen de consultation était de 4,7 ± 4,3 heures (extrêmes : 30 mn et 24 heures). Les patients consultaient avant la 6<sup>ème</sup> heure (77,8% cas) et entre 6 et 24 heures après l'intoxication (22,2%). Il s'agissait d'intoxications accidentelles domestiques dans 61,1% des cas (Tableau I).

Les signes cliniques étaient dominés par des troubles neurologiques et neurovégétatifs (72,2%) suivi des troubles digestifs (36,1%) (Tableau I). Les signes biologiques retrouvés étaient l'hypertransaminasémie (2cas/4), l'effondrement du Temps de Prothrombine (TP) (1 cas) et l'hyperglycémie (1 cas). Le syndrome cholinergique représentait 73,3% des toxidromes retrouvés (Tableau I).

Selon *Poison severity score (PSS)*, les patients avaient des symptomatologies bénignes avec un grade PSS1 (77,8%) (Tableau I). Environ 91,7% des cas avaient une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation (Tableau I).

**Toxicologie**

La majorité des cas d'intoxication étaient dû à un seul médicament (86,1%) administré par voie orale sous forme de comprimé ou de sirop (Tableau II). Les psychotropes représentaient plus du tiers des classes thérapeutiques (30,5%) suivis des antihistaminiques (10,5%) et des antalgiques (8,7%) (Tableau III). La molécule la plus incriminée était le bromazépam suivi du paracétamol (Tableau III). La ciproheptadine, lorazépam et les médicaments non classés étaient responsable du syndrome cholinergique (Tableau IV).

**Tableau II :** Caractéristiques du toxique/ *Characteristics of the toxic*

Caractéristiques	n	%
<b>Nombre de médicament (n=36)</b>		
Un	31	86,1
Deux et plus	5	13,9
<b>Forme galénique (n=46)</b>		
Comprimés	31	67,4
Sirops	5	10,8
Gélules	3	6,5
Décoctions de plante	2	4,4
Poudre	1	2,2
Solution	1	2,2
Inconnus	3	6,5
<b>Voie d'intoxication (n=36)</b>		
Orale	35	97,2
Nasale	1	2,8

**Tableau III :** Classes thérapeutiques et molécules impliqués dans les intoxications/ *Therapeutic classes and molecules involved in poisoning*

Classes thérapeutiques	DCI	n=46	%
Psychotropes	bromazépam (7), carbamazépine (1), lorazépam (1), amysulpride (1), hydroxyzine(1), cocaïne (1), zuclopentixol(1)	14	30,5
Antihistaminiques	ciproheptadine (2), ali-mémazine (1), rupatadine (1), bilastine (1)	5	10,9
Antalgiques	paracétamol(3), paracétamol+codéine (1)	4	8,7
Antipaludiques	-artéméter + luméfántrine (1) -quinine +quinidine +cinchonidine (1)	2	4,3



Polyvitamines	complexes vitaminiques (2)	2	4,3
Antianémiques	fer ferreux (2)	2	4,3
Antiparkinsoniens	bromocriptine(1), lévodopa+bensérazide (1)	2	4,3
Contraceptifs	levonorgestrel + ethinylestradiol (2)	2	4,3
Antibiotiques	métronidazole(1)	1	2,2
Antiscabieux	benzoate de benzyle + sulfiram (1)	1	2,2
Antigrippal	phéniramine +paracétamol +acide ascorbique (1)	1	2,2
Neuroprotecteurs	cytidine 5'monophosphate+uridine 5'triphosphate+uridine 5' monophosphate (1)	1	2,2
Antispasmodiques	siméthicone + alvérine (1)	1	2,2
Anti inflammatoires non stéroïdiens	kétoprofène (1)	1	2,2
Non classés		7	15,2

**Tableau IV :** Dénominations communes internationales (DCI) impliquées dans les toxidromes/ *International common names (ICN) involved in toxidromes*

Toxidromes	DCI	n	%
	ciproheptadine	2	13,3
	lorazépam	2	13,3
	carbamazépine	1	6,7
	benzoate de benzyle+ sulfiram	1	6,7
Syndromes cholinergiques 11 (73,3%)	paracétamol, artéméther+ luméfantine	1	6,7
	bromazépam, paracétamol	1	6,7
	alimémazine, quinine+ quinidine+ cinchonidine	1	6,7
	inconnus/non classés	2	13,3
Syndromes de myorelaxation 2(13,3%)	bromazépam	2	13,3
Syndrome extrapyramidal 1 (6,7%)	amysulpride	2	6,7
Syndrome adrénergique 1 (6,7%)	cocaïne	1	6,7

13

## Thérapeutiques et évolution

L'huile de palme rouge était administrée chez plus de la moitié des patients (58,4%) avant leur admission en milieu hospitalier (Tableau I). Le traitement réalisé en milieu hospitalier était symptomatique chez tous les patients dominés par les apports hydriques (88,9%) et les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) ou pansements gastriques (25%) suivi du traitement évacuateur (88,9%) et épurateur (22,2%) et d'un

traitement antidotique (2,8% des cas) (Tableau I). L'évolution était favorable chez tous les patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $15 \pm 7,7$  heures (extrêmes de 5 et 24 heures). La quasi-totalité des patients (94,4%) avait une durée d'hospitalisation de moins de 24 heures et 5,6% des cas d'une durée de 24 heures et plus.

## DISCUSSION

### Fréquence

La fréquence des intoxications médicamenteuses de l'enfant en réanimation était importante (24%). Les travaux récents de Diakité en Côte d'Ivoire montraient que les intoxications médicamenteuses (26,4%) étaient la 1<sup>ère</sup> cause des intoxications de l'enfant<sup>6</sup>. Chevret (30%) et Jaafari (34,8%) trouvait une fréquence plus élevée<sup>1,5</sup>. L'absence de centre antipoison en Côte d'Ivoire pourrait expliquer cette sous notification.

### Caractéristiques sociodémographiques

Les intoxications médicamenteuses se rencontraient surtout chez les enfants d'âges

préscolaires et à la puberté. Pour les enfants d'âge préscolaires (<5ans), l'acquisition d'une certaine autonomie motrice, le manque de surveillance des parents et le défaut de rangement des médicaments dans les foyers sont des causes potentielles chez ces enfants qui cherchent à satisfaire leur curiosité. Quant à ceux de 10-15 ans, les intoxications étaient le plus souvent volontaires à but suicidaire. Cette tranche d'âge qui correspond à la période pubertaire de l'être humain l'expose à de nombreuses difficultés de la vie notamment les échecs scolaires, les grossesses indésirées,

les tentatives d'avortements, les conflits sociaux et affectifs...

### Caractéristiques clinico-biologiques

Les patients consultaient généralement avant la 6<sup>e</sup> heure de l'intoxication<sup>8,9</sup>. Ceci pouvait s'expliquer d'une part, par le fait que la plupart des patients résidaient dans les villes d'Abidjan et Bouaké faciliterait l'accessibilité à ces structures sanitaires spécialisées (CHU), et d'autre part, du fait que la consommation accidentelle de médicaments par les enfants est pour les parents une source d'inquiétude, ce qui les motive à amener précipitamment leurs enfants à l'hôpital pour des soins médicaux.

Les signes neurologiques ou neurovégétatifs (72,2%) et digestifs (36,1%) dominaient le tableau clinique des intoxications médicamenteuses. Nos résultats sont proches de celui de Sylla et al.<sup>10</sup> qui trouvait 68,5 % de troubles neurologiques et 57,3% de troubles digestifs.

Les signes biologiques étaient essentiellement hépatique (3cas/4). Cela s'explique par le fait qu'il est l'organe principal de biotransformation du médicament et de détoxification de l'organisme. On notait un cas d'hyperglycémie qui serait lié à l'insulinorésistance induite par les opiacés<sup>7</sup>.

Les toxidromes identifiés à l'issue de ces signes clinico-biologiques étaient au nombre de 4 (15/36 soit 41,6% des cas). Ces toxidromes sont le syndrome cholinergique de type muscarinique ou nicotinique (mineur ou prononcé), de myorelaxation, extrapyramidal et adrénérique. Les toxidromes n'ont pas de spécificité pédiatriques mais les principaux chez l'enfant sont : le syndrome sympathicomimétique, parasympathicomimétique, anticholinergiques, l'acidose métabolique, l'ataxie aiguë et nystagmus et enfin les vomissements incoercibles<sup>7</sup>. Un toxidrome représente un tableau clinique caractéristique mais non spécifique d'une intoxication. Une même classe médicamenteuse ou même produit peut induire un ou plusieurs toxidromes. La poly-intoxication ou des complications peuvent modifier le toxidrome. Cela montre les limites de cette stratégie de diagnostic des médicaments en cause. La mise en place d'un laboratoire de pharmacotoxicologie d'urgence est d'une importance capitale pour confirmer l'étiologie toxique afin d'aider les médecins dans la prise en charge thérapeutique des

patients.

Les difficultés d'appréciation de la gravité des intoxications tirent leur origine de la discordance des échelles d'évaluation<sup>11</sup>. Les critères en pharmacovigilance, plus sensibles révèlent que tous les cas ont été considérés comme grave dont 91,7% ont conduit à une hospitalisation. La méthode spécifique selon PSS n'a trouvé que 8,3% des cas graves ou sévères. Il serait idéal de coupler les 2 méthodes afin de faciliter le tri des patients vers les différents services de prise en charge.

### Toxicologie

Les classes médicamenteuses les plus incriminées étaient les psychotropes (30,5%) avec en tête le bromazépam. Par contre, au Mali, Sylla et al avaient trouvé une prédominance des médicaments traditionnels (50%) et des antipaludiques (28,6%)<sup>10</sup>. En Europe et en Asie, les intoxications sont également dominées par les psychotropes<sup>5,12</sup>. Les médicaments du système nerveux dont les psychotropes sont connus pour entraîner une dépression des centres cardiorespiratoires par une inhibition de la transmission synaptique. Certains produits potentiellement létaux à faible dose chez l'enfant (les inhibiteurs calciques, la clonidine, les tricycliques, les opiacés, les salicylés, les sulfamides hypoglycémisants) méritent d'être conditionner avec beaucoup plus de sécurité<sup>7</sup>.

Les médicaments étaient administrés par voie orale sous forme de comprimé (67,4%) et sirop (10,8%). Les comprimés sont les formes fréquentes de la plupart des médicaments tandis que les sirops sont d'usage facile et d'un goût agréable généralement sucré. De même, la voie orale est privilégiée liée certainement à une activité main-bouche toujours plus développée dans l'enfance.

### Thérapeutiques et évolution

La prise en charge pré-hospitalière des intoxiqués consistait à l'administration d'huile de palme rouge en première intention (58,4%). Ces pratiques reflètent les croyances socioculturelles et religieuses des peuples africains probablement du fait de leur pouvoir lipophile et chélateur. Le jus de citron est également administré pour son pouvoir chélateur<sup>13</sup>.

La prise en charge hospitalière en réanimation est symptomatique pour tous les cas associé à un traitement évacuateur (88,9%). Le traitement épurateur et antidotique loin d'être systématique ont pu être envisagés. L'insuffisance de l'utilisation des antidotes spécifiques seraient liée à leur faible

disponibilité ou accessibilité ou probablement à la non gravité des tableaux cliniques. Sous traitement symptomatique, l'évolution était favorable (100%). La létalité était nulle. Cette létalité semble généralement faible (<2%) dans certaines travaux<sup>5,7</sup>. Par contre, l'étude de Diakitè et al trouvait une létalité relativement élevée

## CONCLUSION

L'intoxication médicamenteuse de l'enfant assez alarmante semble bénigne et de faible mortalité du fait de la précocité de leur prise en charge. La création de centre antipoison et de pharmacovigilance (CAP) en Côte d'Ivoire

## REMERCIEMENTS :

- Aux autorités administratives et chefs de service de réanimation des CHU de Cocody et Bouaké pour avoir permis de réaliser cette étude.  
- Cette activité de toxicovigilance rentre dans le cadre de la responsabilité sociétale de l'UFR des sciences médicales et du CHU de Bouaké.

## REFERENCES

1. **Chevret L.** Intoxications graves : prise en charge en réanimation pédiatrique. Arch Pediatr 2004;11:680-2.
2. **Diallo T, Dénou A, Coulibaly BF, Dakouo B et al.** Epidémiologie des intoxications aiguës chez les enfants de moins de 15 ans au Mali. Antropo 2016 ;35:103-10
3. **Rkain S, El Kettani, Rhalem N, Benjelloun BSD.** Profil épidémiologique des incidents et intoxications aiguës accidentelles chez l'enfant. Espérance Médicale 2011;18:181.
4. **Lhermitte M, Mathieu-Nolf M, Cremer R, Vinner E et al.** Spécificités des urgences toxicologiques pédiatriques. Annales de Toxicologie Analytique 2000;12 (4):330-9
5. **Jaafari M.** Les intoxications aiguës graves de l'enfant en réanimation. Thèse Médecine. Université du Maroc; 2013 : n°099/13
6. **Diakitè A, Bedi AL, Dano DS, Fall M.** Profil des intoxications aiguës de l'enfant en Côte d'Ivoire : étude multicentrique dans les 3 CHU d'Abidjan. J Toxac 2018;30:106-13
7. **Brissauda O, Chevret L, Claudet I.** Intoxication grave par médicaments et/ou substances illicites admise en réanimation : spécificités pédiatriques. Réanimation 2006 ; 15:405-411

(5,75%) imputée à l'absorption de pétrole, de décoctions de plantes et d'antipaludiques<sup>6</sup>. La mortalité très faible des intoxications médicamenteuses chez l'enfant peut s'expliquer par l'amélioration constante de l'information à la population.

permettrait de réduire la charge de travail des services de réanimation et de faire une meilleure estimation des risques. Aussi l'existence d'un laboratoire de pharmacotoxicologie permettrait de soutenir cette activité.

**AUTEURS :** N'ZOUÉ Kanga Sita : [k.nzoue@yahoo.fr](mailto:k.nzoue@yahoo.fr) / KEE Mankoh Yves-Cédric : [yveslintello@gmail.com](mailto:yveslintello@gmail.com) / TOURE Massiré : [massire\\_t4@hotmail.fr](mailto:massire_t4@hotmail.fr) / KONANDRI Eméric Désiré : [dr2konandri@gmail.com](mailto:dr2konandri@gmail.com) / KOUAME André Arsène Bhellys : [bhellysandre18@gmail.com](mailto:bhellysandre18@gmail.com) / KAMAGATE Mamadou : [kamadg@yahoo.fr](mailto:kamadg@yahoo.fr)

## CONFLIT D'INTERET

Les auteurs déclarent une absence de conflit d'intérêt. Aussi cette étude n'a reçu aucun financement.