



## TOXICOLOGIE D'URGENCE

# Faut-il encore laver l'estomac ?

*Dr Eric Torres\**

Longtemps considéré comme la méthode de référence pour l'évacuation des produits toxiques ingérés, le lavage gastrique voit son efficacité remise en question dans de nombreuses publications. Ses dangers, largement décrits, ainsi que son modeste rapport bénéfique/risque expliquent qu'il ne conserve plus aujourd'hui que quelques rares indications, sa pratique ayant même parfois totalement disparu de l'arsenal thérapeutique de certains services d'accueil des urgences.

**P**ENIBLE pour le patient et consommateur de temps pour le personnel infirmier (donc coûteux pour la collectivité), le lavage gastrique ne peut être réalisé qu'en milieu hospitalier par un personnel entraîné, constitué d'au moins deux personnes. La mise en place préalable d'un abord veineux périphérique « de sécurité » est fortement recommandée et la présence d'un chariot de réanimation à proximité immédiate est indispensable (aspirateur de mucosités, plateau d'intubation, électrocardioscope). Même si les membres du personnel infirmier sont habilités à réaliser ce geste, un médecin doit impérativement être présent au cours de la manœuvre. Cette technique ne peut être mise en œuvre qu'après un examen clinique complet à la recherche d'altérations des fonctions vitales (conscience, ventilation, circulation) qui seront toujours traitées en priorité\*\*.

## Avec mille précautions

Le lavage gastrique a pour but l'évacuation des substances toxiques présentes à l'intérieur de l'estomac. Cette technique possède

à la fois un **intérêt diagnostique**, par la mise en évidence des produits incriminés dans le liquide gastrique, et **thérapeutique** grâce à la soustraction rapide de ces toxiques. Certaines études soulignent néanmoins qu'il n'est pas plus efficace que le charbon activé et qu'il est plus dangereux [5, 6, 7]. De plus, d'autres études ont montré que le lavage gastrique laisse dans l'estomac plus de 50 % des médicaments qui s'y trouvent encore au moment où il est réalisé [8] et qu'il peut même propulser certains toxiques au-delà du pylore, dans une zone où le charbon activé pourrait encore agir [9].

**Les complications du lavage gastrique** sont minorées par le respect des contre-indications [voir plus loin], l'expérience du personnel et l'attitude coopérante du patient [12]. L'inhalation bronchique représente la complication la plus grave, car elle peut mettre en jeu le pronostic vital. Selon certains auteurs, on retrouverait jusqu'à 10 % de pneumopathies d'inhalation consécutives à un lavage gastrique [11]. Au cours de la manœuvre, on peut également rencontrer des manifestations

**> MESSAGES CLÉS**

Le lavage gastrique ne peut être réalisé qu'en milieu hospitalier. Il ne conserve aujourd'hui que quelques rares indications, son efficacité étant discutée et ses dangers réels. Il n'a aucune vertu dissuasive et ne doit pas être utilisé comme un moyen punitif. Il ne présente aucun caractère médico-légal.

Il est clairement établi depuis la conférence de consensus de 1992 [1] que sa réalisation est inutile pour les substances à faible potentiel toxique, comme les benzodiazépines. Il n'a d'intérêt que pour les intoxications mettant en jeu des toxiques lésionnels (colchicine, paraquat) ou des substances à forte toxicité (antidépresseurs tricycliques, théophylline, nivaquine).

Il n'est, de plus, véritablement efficace que s'il est réalisé précocement, c'est-à-dire dans l'heure qui suit l'ingestion accidentelle ou volontaire de la substance que l'on souhaite éliminer.

adrénergiques (hypertension et tachycardie) ou, au contraire, une bradycardie d'origine vagale lors de l'introduction du tube (attention au risque d'arrêt circulatoire avec les toxiques cardiotoxiques). Les nausées ou les vomissements sont relativement fréquents. Très rarement, on peut retrouver des lésions dentaires et bucco-pharyngées, en particulier lorsque le malade est agité ou opposant. Les perturbations de la natrémie sont prévenues systématiquement par l'adjonction de chlorure de sodium dans l'eau de lavage (quatre grammes par litre).

**Peu d'indications, aucune formelle**

Le lavage gastrique n'admet plus aujourd'hui aucune indication formelle. En pratique, il reste recommandé par de nombreux centres antipoison, mais la conférence de consensus de la SFRLF (1992) n'est affirmative que sur un point : le lavage gastrique est inutile dans les intoxications médicamenteuses volontaires simples aux benzodiazépines [1]. Il est également inutile en cas d'ingestion de produits non toxiques (contraceptifs oraux, médicaments homéopathiques), ou dont les doses ingérées sont inférieures aux seuils toxiques. En pratique quotidienne, il est admis que les indications du lavage gastrique doivent tenir compte de l'état clinique du patient, de la toxicité potentielle des produits incriminés, de leur forme galénique et du délai écoulé depuis l'ingestion du produit.

Des études ont montré que l'efficacité théorique d'un lavage gastrique pour diminuer l'absorption d'un médicament est de 54 à 84 % cinq minutes après l'ingestion, de 28 à 36 % après trente minutes et de 8 à 13 % après une heure [11]. C'est la raison pour laquelle il est admis que le lavage gastrique

n'est, en principe, pas utile plus d'une heure après l'ingestion de substances toxiques [13]. Il est en outre possible de choisir au cas par cas entre la réalisation de cet examen et l'administration de charbon activé.

**Si le patient est conscient et peu ou pas symptomatique,** le lavage gastrique n'est pas indiqué devant une intoxication par une substance faiblement toxique et la prise de charbon activé peut alors être suffisante. Le lavage gastrique est au contraire indiqué devant une intoxication mettant en jeu des toxiques lésionnels (colchicine et paraquat), contre lesquels le charbon activé est sans effet, ou devant une intoxication massive aux antidépresseurs tricycliques, à la chloroquine, aux digitaliques ou à la théophylline, qui nécessite un lavage gastrique associé à l'administration de charbon activé [1].

**Si le patient présente des troubles importants de la vigilance,** il faut évaluer la nécessité d'une intubation trachéale :

— *il s'agit d'une intoxication isolée aux benzodiazépines* : on a le

choix entre l'utilisation d'un antidote (flumazénil), qui permet de « réveiller » le patient pour lui faire boire le charbon activé, et l'administration de charbon par le tube de Faucher après intubation ; Anexate® est contre-indiqué en cas d'intoxication polymédicamenteuse associant des benzodiazépines et des antidépresseurs tricycliques ou d'autres produits potentiellement convulsivants (levée de l'effet anticonvulsivant des benzodiazépines par flumazénil) ;

— *l'indication d'intubation est posée* : il n'existe pas de consensus et c'est le médecin réanimateur qui choisit entre un lavage gastrique suivi de l'administration de charbon activé par le tube de Faucher et la prescription isolée de charbon activé par sonde gastrique ;

— *le patient n'est pas intubé* : il n'existe pas d'attitude consensuelle ; le malade doit être surveillé en service de soins intensifs ; le lavage gastrique n'est pas indiqué s'il n'existe aucun argument en faveur d'un médicament à fort potentiel toxique ; en cas de doute, il peut néanmoins



être réalisé dans un but diagnostique (prélèvements à visée toxicologique).

### Des contre-indications impératives

Les contre-indications du lavage gastrique sont d'autant plus importantes à respecter que l'intérêt de ce geste est sujet à caution.

- Les troubles de la conscience constituent une contre-indication classique au lavage gastrique. Cet examen ne pourra être réalisé que chez un patient avec lequel le contact verbal est possible et dont le réflexe nauséux est présent (sauf s'il est préalablement intubé).

- Les autres altérations des fonctions vitales (détresse respiratoire, instabilité hémodynamique) nécessitent une prise en charge symptomatique urgente, incompatible avec le lavage gastrique.

- Les intoxications à base de substances caustiques, comme l'eau de Javel ou les acides (risque de perforation lors de l'introduction de la sonde), de produits moussants comme le liquide vaisselle (risque d'envahissement de l'arbre bronchique par la mousse) et de produits dérivés des hydrocarbures comme le white-spirit, les détachants et le gazole (risque de pneumopathie d'inhalation), constituent également des contre-indications classiques à la pratique du lavage gastrique.

- Enfin, les antécédents de chirurgie gastrique (présence de cicatrices abdominales), d'ulcère gastrique évolutif ou de varices œsophagiennes, contre-indiquent le lavage gastrique. ■

\* SDIS 13 et Urgence.com  
[<http://www.urgence.com>]

\*\* La technique du lavage gastrique est disponible :  
— soit sur le site Internet du *Généraliste* ;  
— soit sur demande au *Généraliste* (rédaction médicale).

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Dixième Conférence de consensus de la SLRF, « Epurative digestive lors des intoxications aiguës », 1992, *Réan. Urg.*, 1993, 2, 169-75.

[2] Lheureux P., Askenasi R., « Prévention de l'absorption digestive des toxiques : une réévaluation clinique, première partie : l'évacuation du contenu gastrique, deuxième partie : utilisation du charbon activé et des laxatifs », *Réan. Urg.*, 1992, 1, 751-759 et 915-926.

[3] Perrone J., Hoffman R.S., Goldfrank L.R., « Special Considerations in Gastrointestinal Decontamination. In Concepts and Controversies in Toxicology », *Emerg. Clin. North America*, 12, 285-299.

[4] Kulig K., « Initial Management of Ingestions of Toxic Substances », *N. Engl. J. Med.*, 1992, 326, 1677-1681.

[5] Merigian K.S., Woodard M.W., Hedges J.R. Roberts J.R., Stuebing R., Rashkin M.C., « Prospective Evaluation of Gastric Emptying in the Self-Poisoned Patient », *Am. J. Em. Med.*, 1990, 8, 479-483.

[6] Kulig K., « Gastric Lavage and Acute Poisoning », *J. Emergency Med.*, 1989, 7, 403-404.

[7] Kulig K., Bar O., Cantrill S.V., Rosen P., Rumack B.H., « Management of Acutely Poisoned Patients without Gastric Emptying », *Ann. Emerg. Med.*, 1985, 14, 562-567.

[8] Saetta J.P., Quinton D.N., « Residual Gastric Content after Ipecacuanha-Induced Emesis and Gastric Lavage in Self-Poisoned Patients », *J. R. Soc. Med.*, 1991, 84, 35-38.

[9] Saetta J.P., March S., Gaunt M.E., Quinton D.N., « Gastric Emptying Procedures in the Self-Poisoned Patient : are we Forcing Gastric Content beyond the Pylorus ? », *J. R. Soc. Med.*, 1991, 84, 274-276.

[10] Ellrodt A., *Intoxications médicamenteuses volontaires : points importants. In Urgences médicales, 2<sup>e</sup> édition*, Editions Estem, Paris, 1998, 35-41.

[11] Lovejoy F.H., Linden C.H., « Acute Poison and Drug Overdosage », in *Harrison's Principles of Medicine, 12th edition*, Wilson J.D., Braunwald E., Isselbacher K.J. & al, eds, Mc Graw-Hill Inc, New York, 1991, 2163-2182.

[12] Base de données de toxicologie « Tox-In », Lavage gastrique, 1998, site Internet Paracelse,

[<http://www.egora-sante.com>].

[13] Vale J.A., « Position Statement : Gastric Lavage. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poison Centers », *J. Toxicol. Clin.Toxicol.*, 1997, 35, 711-719.