



Si contexte toxicomanie:
s'assurer de l'absence de seringues ou objets tranchants auprès du patient, si nécessaire en coupant les poches.
Titration Naloxone par 40 ug, but GCS > 8 et FR > 8

Coma non traumatique

En cas de doute, appliquer le protocole «hypoglycémie»:

1. Les glucomètres peuvent être peu fiables, en particulier pour des valeurs de glycémie basses.
2. Une hypoglycémie peut survenir chez un patient non diabétique (échange de médicaments, tumeurs, acte suicidaire etc...)¹.

En cas d'hyperglycémie marquée (> 15 mmol/l), traiter comme une décompensation diabétique hyperosmolaire.

Si le coma persiste, envisager une surdose en opiacés

En milieu hospitalier, penser à une erreur de distribution de médicaments ou une surdose en antalgiques. Titrer de la naloxone (Narcan®) par bolus de 0.1 mg jusqu'à GCS de 15, pour un total de maximum 2 mg i.v. Si l'état de conscience revient à la normale, le patient doit être surveillé afin de prévenir une resédation. La durée de la surveillance est fonction du médicament causal et de sa durée d'effet attendue chez le patient (CAVE: longue 1/2 vie de la méthadone, morphine et insuffisance rénale)

Chez le patient toxicomane, il faut assurer de la sécurité des intervenants avant de débiter le traitement. La titration de naloxone doit être prudente afin d'éviter un réveil agité et par la suite un refus de prise en charge ou une agression. Diluer 400 µg dans 10 ml et titrer par 40 µg, en visant un GCS supérieur à 8 avec protection des voies aériennes, et une fréquence respiratoire supérieure à 8. Rechercher une pneumonie d'aspiration ou un œdème pulmonaire sur héroïne².

L'indication au Flumazénil (Anexate®) est exceptionnelle, par exemple pour faire le diagnostic différentiel d'une intoxication aux benzodiazépines ou éviter une intubation en conditions difficiles. Ses effets indésirables sont:

1. abaissement du seuil épileptogène
2. syndrome de sevrage chez les patients dépendants
3. troubles du rythme lors de prise concomitante de tricycliques.
4. sa courte demi-vie (20 min) implique un risque de resédation³.

Les patients n'ayant pas répondu à ce stade doivent être intubés (induction en séquence rapide, cf protocole 5.4.1), après un status neurologique sommaire si la stabilité le permet¹.

Références:

1. Stevens RD, Crit Care Med, 34(1): 31-41, 2006
2. Sporer KA, Ann Int Med, 130(7): 584-90, 1999
3. Weinbroum AA, Drug Saf, 17: 181, 1997