Menaces CBRN : Agents neurotoxiques

Partie 2 de 2 : Traitement et décontamination

Il existe des antidotes (atropine, pralidoxime, benzodiazépines);

Ils doivent être administrés rapidement.

Traitement et décontamination

- **Communiquer avec le Centre antipoison de l'Ontario pour des conseils cliniques adaptés à chaque cas : 1 800 268-9017.**
- **Récapitulation :** Les agents neurotoxiques (ou les neurotoxiques) sont des composés organophosphorés qui ont été mis au point pour servir d'armes chimiques. Tous les agents neurotoxiques inhibent l'acétylcholinestérase (AChE), l'enzyme qui décompose l'acétylcholine. Consulter la fiche d'accompagnement traitant de l'exposition, de l'apparition des symptômes, des manifestations cliniques et des tests diagnostiques pour plus d'information.
- **Protection du personnel :** Suivre les protocoles d'ÉPI de l'établissement pour les incidents CBRN avant tout contact avec le patient. Au moment de traiter un patient non décontaminé, porter à tout le moins des gants, une blouse, une protection oculaire et un masque chirurgical. Dans le cas d'un patient décontaminé, prendre les précautions universelles. Dispenser le traitement dans une zone bien ventilée si possible.

Décontamination du patient (à faire en premier) :

- Enlever immédiatement tous les vêtements et souliers; les mettre dans un double sac et le fermer hermétiquement. En cas de symptômes oculaires, enlever les lentilles de contact et irriguer les yeux avec une grande quantité d'eau ou de solution saline pendant 15-20 minutes. Laver délicatement la peau et les cheveux avec beaucoup d'eau et de savon.

Traitement

- En cas d'exposition avérée ou soupçonnée à des agents chimiques, envisager une intoxication par un agent neurotoxique si le patient présente un myosis, un bronchospasme, une hypersalivation et une altération de l'état de conscience. Ne pas attendre la confirmation pour commencer le traitement.

Voies respiratoires

- Administrer immédiatement de l'atropine en cas de symptômes respiratoires (voir la posologie ci-dessous).
- Intuber précocément en cas d'intoxication grave. Anticiper une prise en charge difficile des voies aériennes : des sécrétions abondantes nécessitent une aspiration vigoureuse avant et pendant l'intubation.
- Éviter la succinylcholine; l'inhibition de la cholinestérase plasmatique par les composés organophosphorés prolonge le blocage neuromusculaire de manière imprévisible. Privilégier plutôt le rocuronium.

Atropine

- L'atropine est l'antidote principal. Elle ne renverse que les effets muscariniques; elle ne résout pas la paralysie neuromusculaire ni les effets sur le SNC.
- Titrer la dose d'atropine jusqu'à l'assèchement des sécrétions, le soulagement du bronchospasme et la disparition de la bradycardie et de l'hypotension. Une fois l'atropinisation obtenue, maintenir le traitement par perfusion de 10 à 20 % de la dose de charge totale utilisée par heure, ajustée selon la réponse clinique.

Population	Dose initiale d'atropine	Doses subséquentes
Adultes	2-4 mg IV/IM	Doubler la dose toutes les 5 minutes jusqu'à l'obtention de l'effet clinique souhaité
Enfants	0,02–0,05 mg/kg IV/IM	Doubler la dose toutes les 5 minutes jusqu'à l'obtention de l'effet clinique souhaité

Pralidoxime (2-PAM)

- La pralidoxime réactive l'acétylcholinestérase. L'administrer dès que possible en cas de symptômes graves ou de signes neuromusculaires; son efficacité diminue avec le temps. L'administration de pralidoxime ne doit pas retarder celle de l'atropine.

Population	Dose initiale de 2-PAM	Entretien
Adultes	30 mg/kg IV sur 15-30 minutes (max. 2 g)	Perfusion 8-10 mg/kg/h (max. 650 mg/h)
Enfants	30 mg/kg IV sur 15-30 minutes (max. 2 g)	Perfusion 10-20 mg/kg/h (max. 650 mg/h)

Benzodiazépines

- Les convulsions devraient être traitées avec des benzodiazépines.

Population	Dose de benzodiazépines
Adultes	Midazolam 5-10 mg IV/IM; ou diazépam 5-10 mg IV; ou lorazépam 2-4 mg IV; répéter au besoin
Enfants	Midazolam 0,15 mg/kg IV/IM (max. 10 mg); ou diazépam 0,2-0,5 mg/kg IV (max. 10 mg); ou lorazépam 0,1 mg/kg IV (max. 4 mg); répéter au besoin

Traitement de support

- **Bronchospasme :** l'atropine constitue le traitement de choix; des bronchodilatateurs par inhalation peuvent être utilisés en complément.
- **Hypotension :** solution cristalloïde IV; vasopresseurs en l'absence de réponse.
- **Bradycardie :** atropine (voir ci-dessus); doses supplémentaires si nécessaire.

Ce feuillet de renseignements fait partie d'une série de ressources d'aide à la décision clinique pour les intervenants de première ligne et a été corédigé par Santé publique Ontario (SPO) et le Centre antipoison de l'Ontario. On peut communiquer avec le Centre antipoison jour et nuit pour obtenir des conseils cliniques : 1 800 268-9017. Consulter la liste de référence sur les menaces CBRN pour obtenir la liste complète d'ouvrages de référence utilisés pour la rédaction de ces feuillets de renseignements.

Les renseignements contenus dans le présent document sont à jour en date de juin 2026.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026

Ontario