

Intoxications par champignons : expérience du centre anti-poisons de Marseille en 1994 et 1998 : p. 125

Surveillance des complications oculaires liées à l'éclipse solaire totale du 11 août 1999 : p. 127

N° 30/1999

27 juillet 1999

ÉTUDE

- 2 AOÛT 1999

INTOXICATIONS PAR CHAMPIGNONS

Expérience du centre anti-poisons de Marseille en 1994 et 1998

L. de Haro, N. Prost, C. Perringue, J. Arditti, J.-M. David, G. Drouet, M. Thomas, M. Valli

INTRODUCTION

Les intoxications par champignons représentent une part non négligeable de l'activité du Centre Anti-Poisons de Marseille (CAPM), surtout lorsque la saison de cueillette bat son plein en début d'automne [1]. Il n'existe cependant pas de référence dans la littérature permettant d'évaluer l'importance de ce type d'intoxication en France et en Europe. Afin de mieux comprendre quelles peuvent être les conséquences de ces pratiques culinaires au niveau de la santé publique et du coût, les auteurs présentent l'expérience du CAPM sur les intoxications par champignons durant deux années étudiées : 1994 et 1998.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Un cas clinique est défini par la survenue de symptômes attribués à l'ingestion de champignons dans les heures précédentes, et concernant un ou plusieurs convives. Cette définition exclut les ingestions d'espèces suspectes n'ayant pas entraîné de symptomatologie et les demandes de renseignements préventives effectuées auprès du CAPM.

Une enquête rétrospective incluant tous les cas recensés par le CAPM au cours des années 1994 et 1998 a été conduite par des médecins toxicologues. L'étude des observations colligées en 1998 a été effectuée pour une enquête nationale visant à évaluer au niveau français l'importance de ces intoxications. Un travail de thèse pratiqué en 1994 sur le même thème permet de présenter l'expérience du service sur 2 années non consécutives.

La liste des dossiers entrant dans la définition de l'enquête a été établie à partir d'une recherche dans la banque informatique dans laquelle la totalité des dossiers du CAPM est collectée (30 à 32 000 dossiers annuels, banque ARIT*, sélection de tous les dossiers codés avec les items : voie orale, produit type champignon, symptômes présents et années étudiées). À partir de la liste de numéro de cas cliniques, les dossiers papiers ont été relus pour remplir la grille spécifique de cette enquête. L'exploitation des données obtenues a été réalisée avec le programme MS Access* (Microsoft Corp.).

RÉSULTATS

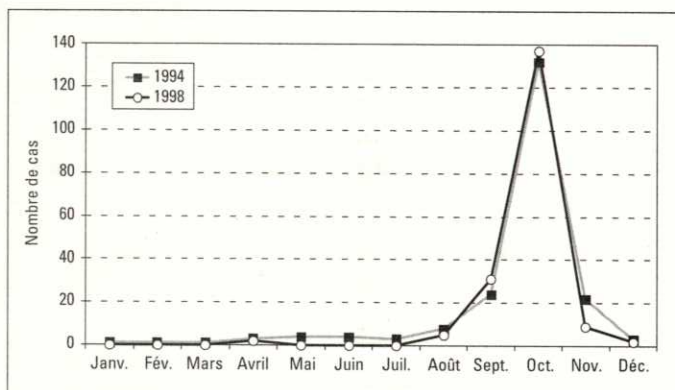
Nombre de cas et répartition chronologique

Les observations d'intoxications par champignons recensées par le CAPM ont été plus nombreuses en 1994 qu'en 1998 (Tab. 1). Le nombre de patients par cas est, pour les 2 années, légèrement inférieur à 2. La répartition dans le temps prouve le caractère saisonnier de ces intoxications, puisque la grande majorité des cas est colligée de mi-septembre à mi-novembre (Fig. 1). Le surplus de travail au sein de l'unité de réponse téléphonique du CAPM au cours de cette période est tout particulièrement important et redouté par l'équipe médicale concernée. La répartition hebdomadaire montre un pic au cours de la fin de semaine, et principalement le dimanche soir au cours duquel les cueilleurs consomment le fruit de leurs recherches. Les nombreux cas du lundi matin sont la conséquence du long délai d'apparition des signes dans plusieurs observations.

Tableau 1. Nombre de cas et de patients

Années	1994	1998
Nombre de cas	206	187
Nombre total de patients	404	371
Patients adultes	319	333
Enfants intoxiqués	85	38

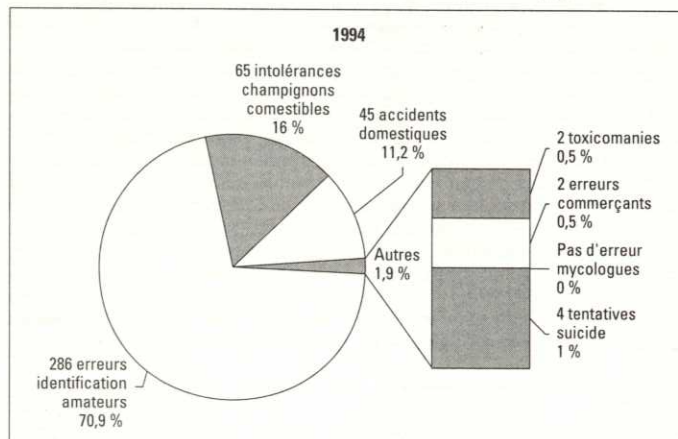
Figure 1. Répartition mensuelle des intoxications



Circonstances des intoxications et répartition géographique

Au cours des 2 années étudiées, la principale circonstance d'intoxication est une erreur, ou même une totale absence d'identification réalisée par des amateurs (Fig. 2) qui ramassent bien souvent tout ce qu'ils trouvent et ingèrent de

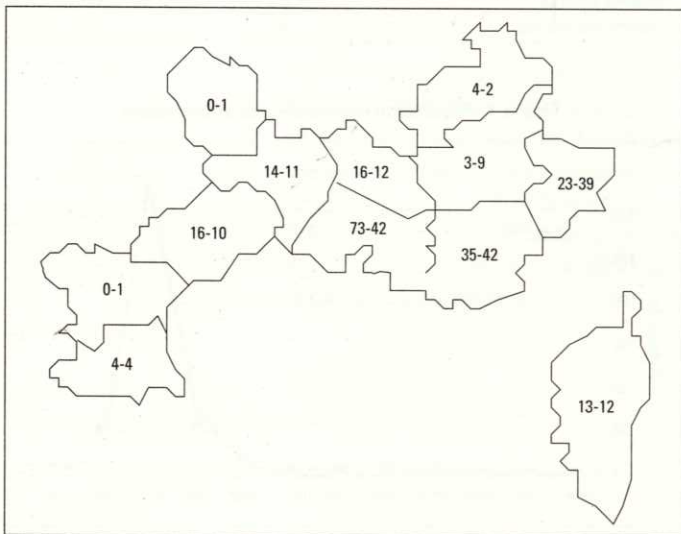
Figure 2. Circonstances des intoxications par champignons



façon irresponsable leur butin [2]. Dans beaucoup de cas, un des patients s'est improvisé spécialiste des champignons après avoir simplement lu un guide de reconnaissance des espèces. Les troubles digestifs observés après ingestion en grandes quantités d'espèces comestibles représentent le second type d'intoxication que l'on devrait plutôt nommer indigestion (souvent en relation avec de copieux repas...). Les accidents domestiques, essentiellement représentés par l'ingestion par des enfants d'espèces poussant dans les jardins, ont été plus nombreux en 1994 qu'en 1998, ce qui est sans doute lié à des variations de pluviosité. Viennent ensuite des circonstances peu fréquentes : toxicomanie avec ingestion de champignons hallucinogènes, erreur d'identification d'un vendeur professionnel de champignons, même type d'erreur après mauvaise reconnaissance par un mycologue ou un pharmacien, et enfin tentative de suicide par ingestion volontaire d'espèces hépatotoxiques.

La répartition géographique des observations collectées est présentée dans la figure 3. Au sein des trois régions formant la zone d'activité du CAPM, les départements les plus proches de Marseille sont à l'origine de la majorité du travail effectué. Ainsi, certains départements éloignés (Aude, Lozère, Pyrénées Orientales) sont sans doute sous représentés. Un test de χ^2 comparant la répartition départementale des intoxications par champignons par rapport à l'activité départementale du CAPM retrouve une différence significative aussi bien en 1994 qu'en 1998 : les Bouches-du-Rhône tout particulièrement urbanisées sont ainsi proportionnellement moins concernées que les départements plus ruraux où les champignons sont plus nombreux (Var, Gard, Corse, Vaucluse).

Figure 3. Répartition géographique des cas d'intoxication par champignons collectés au CAPM (1994-1998)



Fréquences des différents syndromes et champignons responsables

Les syndromes observés sont variables (Fig. 4), mais le plus fréquent est de loin le **syndrome résinoïdien** caractérisé par des troubles digestifs (vomissements, diarrhées, possible déshydratation) apparaissant moins de 6 heures après le repas [1]. Il s'agit d'intoxications généralement bénignes excepté lorsque les patients présentent un terrain fragilisé susceptible d'entraîner une décompensation (enfants en bas âge, personnes âgées débilisées). Lorsque l'enquête de l'équipe médicale du CAPM permet d'identifier l'espèce de champignon responsable de syndrome résinoïdien (Fig. 5), on constate que les pleurotes de l'olivier, que les amateurs confondent avec de grosses giroles ou des safranés, sont l'espèce la plus en cause dans les erreurs de reconnaissance. Viennent ensuite les agarics jaunissants confondus avec les rosés des prés, et les bolets de Satan confondus avec des cèpes comestibles. Le second syndrome fréquemment observé est le **syndrome muscarinien** ou sudorien lié à la présence de muscarine dans la chair de plusieurs espèces des genres *Inocybe* et *Clitocybe* que les amateurs confondent avec des mousserons ou des grisets [1]. Le tableau clinique est caractérisé par l'apparition rapide d'hypersécrétion généralisée (sueurs, salive, larmes et écoulement nasaux importants), de troubles digestifs, de myosis et de bradycardie. Ce syndrome nécessite toujours une prise en charge médicale bien que les cas sévères soient peu fréquents. Les **autres syndromes** observés sont plus rares, mais aussi souvent plus graves : syndromes atropiniques après ingestion d'amanites tue-mouches ou panthères, syndromes hallucinatoires lors de prises volontaires de champignons hallucinogènes, syndrome coprinien après ingestion concomitante de coprins et d'éthanol déclenchant une réaction antabuse, syndrome phal-

Figure 4. intoxications par champignons : les différents syndromes observés

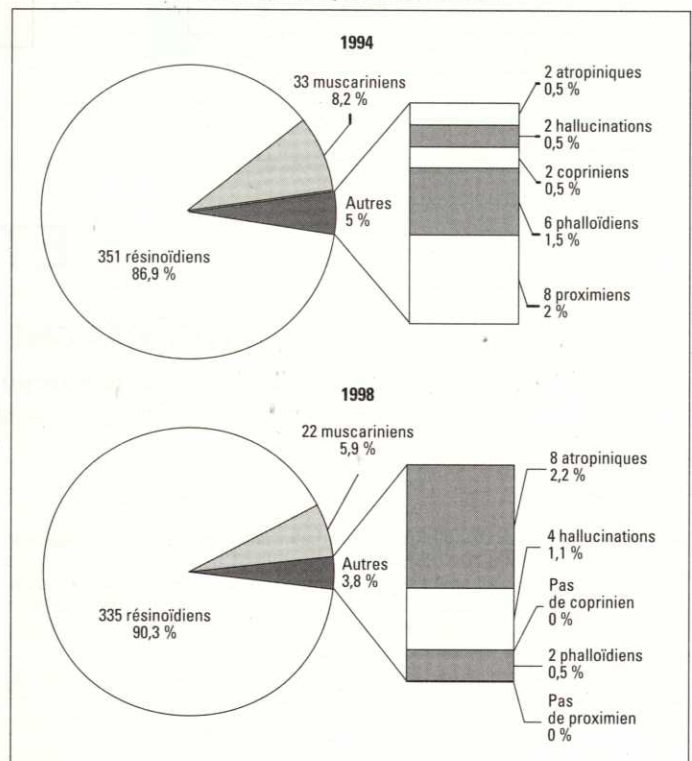
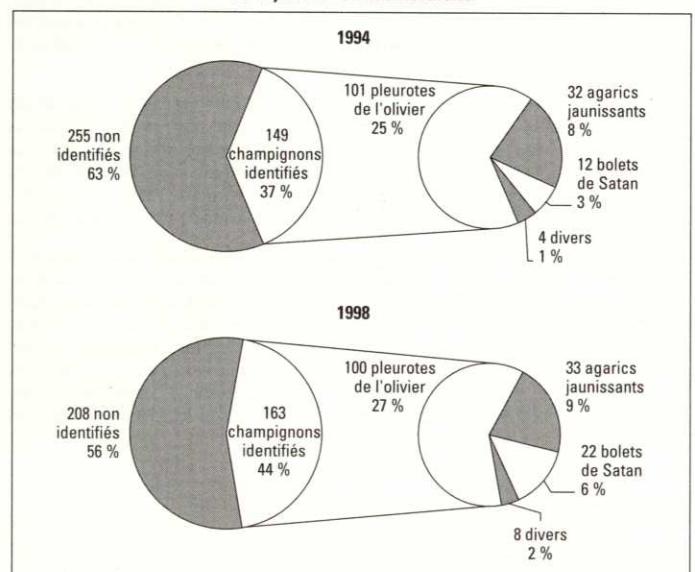


Figure 5. Identification des champignons responsables de syndromes résinoïdiens



loïdien avec hépatotoxicité redoutable après ingestion d'amanites phalloïdes ou autres espèces contenant des amatoxines, et enfin syndromes proximien avec insuffisance rénale après ingestion d'*Amanita proxima* [3]. Il existe d'autres syndromes observés après ingestion de champignons, mais seuls les précédents sont actuellement décrits dans le Sud-est de la France [1].

Prise en charge et évolution

Le coût des intoxications par champignons est important, puisque 40 % des patients ont été hospitalisés au cours des 2 années étudiées (310 séjours à l'hôpital pour 94 et 98), auxquels s'ajoutent plus de 40 % qui ont nécessité une consultation médicale pour prescription de traitements symptomatiques (330 consultations du médecin traitant ou d'un médecin d'astreinte

pour les 2 années). La durée d'hospitalisation est inférieure à 24 heures dans tous les cas, sauf pour les syndromes proximiques (6 à 21 jours d'hospitalisation pour les 8 cas colligés en 1994, avec séances d'hémodialyse), et pour les syndromes phalloïdiens (6 à 15 jours d'hospitalisation pour les 4 dossiers recueillis au cours des 2 années étudiées). Notons que l'évolution a été caractérisée par une guérison pour tous les patients, sauf pour un homme de 34 ans décédé en 1994 d'insuffisance hépatique après ingestion de *Lepiota helveola*, espèce contenant de grandes quantités de toxines phalloïdiennes.

Les résultats de cette étude permettent de mieux caractériser les répercussions des intoxications par champignons au niveau de la santé publique. Ainsi, ce type d'intoxication concerne non seulement les citoyens qui s'improvisent spécialistes, mais aussi les ruraux qui pensent bien connaître les espèces alors que les possibilités de confusion sont multiples. Nous avons vu cependant que trois espèces à l'origine de syndrome rétinien sont à elles seules responsables d'un grand nombre d'intoxications. Une information du public serait peut être nécessaire en insistant particulièrement sur ces trois espèces (pleurotes de l'olivier, agarics jaunissants et bolet de Satan). Les intoxications par champignons restent, dans la grande majorité des cas, bénignes, mais les auteurs soulignent deux points : tout d'abord, pour certains syndromes, heureusement rares, le pronostic vital peut être mis en jeu ; enfin, le coût de ces intoxications pour la collectivité paraît être important, puisque les patients nécessitent majoritairement une hospitalisation ou une consultation médicale. Lorsque l'on interroge les 8 médecins travaillant à l'information téléphonique du CAPM en leur demandant ce qui caractérise le mieux les intoxications par champignons, la

réponse est identique pour tous : c'est l'inconscience des cueilleurs. En effet, chaque médecin se réfère aussitôt à sa propre expérience avec de nombreuses observations d'intoxication suite à l'ingestion de champignons dans des circonstances aberrantes que l'on regroupe poliment sous le terme « d'erreurs d'identification d'amateurs ». Citons des phrases que l'on retrouve régulièrement : « J'ai cueilli tout ce que j'ai trouvé... », « Je n'y connais rien, mais je sais qu'il n'y a pas d'espèce toxique dans notre région... », « Je n'ai pas reconnu l'espèce, alors je les ai fait cuire longtemps... », « Un ami de mon voisin connaît bien les champignons ; il les a cueillis pour nous... », « J'ai vu à la télévision que ces champignons étaient bons, alors je les ai donnés à mes enfants... », etc. Chaque année, une partie de la population s'expose ainsi à un risque non négligeable d'ingérer des espèces à l'hépatotoxicité ou à la néphrotoxicité redoutables dans le seul but de profiter des bienfaits de la nature.

RÉFÉRENCES

- [1] Lambert H., Larcan A. - Intoxications par les champignons. *Encycl. Méd. Chir. Intoxications, Pathologies du travail*. 16077 A10, 3, 1989, 14 p.
- [2] Eisenga B.H., Trestrail J.H., Emerson T.S. - Identification of unknown mushroom: the good, the bad, and the ugly. *J. Toxicol. Clin. Toxicol.* 1998 ; 36 (6) : 637-8.
- [3] de Haro L., Jouglard J., Arditi J., David J.M. - Insuffisance rénale aiguë lors d'intoxication par *Amanita proxima*: expérience du Centre Anti-Poisons de Marseille. *Néphrologie* 1998 ; 19 (1) : 21-4.

SURVEILLANCE

SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS OCULAIRES LIÉES À L'ÉCLIPSE SOLAIRE TOTALE DU 11 AOÛT 1999

P. Malfait*, D. Cantin-Bertaux**, P. Espinoza**, F. Mathy**, J.L. Aïm**, D. Coulombier*

Le 11 août 1999, vers 12h30, une éclipse totale du soleil se produira sur une bande d'environ 100 km de large au nord de Paris, se déplaçant de Cherbourg à Strasbourg. Plusieurs régions seront concernées : Haute et Basse Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace. L'éclipse sera partielle sur le reste du territoire français avec une occultation minimum de 80% à Perpignan.

L'observation sans précaution de l'éclipse du soleil peut entraîner des brûlures rétiniennes plus ou moins réversibles en fonction de la durée de l'exposition et des lésions cornéennes. Les données publiées rapportent 52 cas de perte ou d'altération sévère de la vision en 1952, 170 en 1970 et 112 en 1980, à l'occasion d'éclipses [1].

Face aux risques encourus par le public, La Direction Générale de la Santé (DGS) a édité une circulaire (circulaire DGS/DH n°99/288 du 20 mai 1999) et un communiqué de presse relatifs à la prévention des accidents ophtalmologiques. Le port de lunettes spécialement conçues à cet effet, comportant le marquage CE ainsi que l'identification du fabricant, de l'importateur et de l'organisme certificateur sont les mesures de préventions recommandées.

À la demande de la Direction Générale de la Santé, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) met en place une surveillance des complications oculaires qui pourraient survenir au décours de l'observation de cette éclipse. Cette surveillance s'appuie sur une collaboration entre l'InVS, le Réseau sentinelle Urgences (RSU, APHP, Hôtel Dieu), la Société française d'ophtalmologie (SFO), le Syndicat des ophtalmologistes (SO) et le Collège des Universitaires.

* Institut de Veille Sanitaire.

** Réseau Sentinelle Urgences.

Les objectifs de cette surveillance sont de quantifier le nombre d'atteintes oculaires liées à l'observation de l'éclipse et de décrire les moyens de protection utilisés par les patients ayant consulté pour des troubles en rapport avec l'observation de l'éclipse.

Une collecte standardisée d'informations anonymes se fera auprès des 5 400 ophtalmologistes publics et privés exerçant sur le territoire français. Outre l'âge et le sexe des sujets atteints, ces informations incluent des données d'examen ophtalmologique (acuité visuelle, fond d'œil), les moyens de protection éventuellement utilisés, le lieu et les modalités d'observation de l'éclipse, ainsi que la connaissance des moyens de prévention recommandés. Ces informations seront transmises à l'InVS. L'analyse des résultats se fera sous l'égide du comité scientifique du projet [2].

RÉFÉRENCES

- [1] Y. Pouliquen, Communication à l'Académie Nationale de Médecine, séance du 30 juin 1998.
- [2] Membres du comité scientifique : Pr Y. Pouliquen (Académie Nationale de Médecine), Dr B. Bodaghi (Paris), Pr G. Brasseur (Rouen), Dr J. Bursztyn (Paris), Pr D. Chauvaud (Paris), Pr C. Corbe (Paris), Pr G. Coscas (Créteil), Pr A. Gaudric (Paris), Pr J.D. Grange (Lyon), Pr L. Laroche (Paris), Pr Phuc Le Hoang (Paris), Pr A. Mathis (Toulouse), Pr J.F. Maurin (Paris), Pr J.F. Rouland (Lille), Pr J. Sahel (Strasbourg), Pr G. Soubrane (Créteil), Pr J.P. Adenis (SFO), Dr J.L. Seegmuller (SO), Pr D. Rigal (Collège des Universitaires), Dr P. Espinoza, Dr F. Mathy (RSU), Dr P. Malfait, Dr D. Coulombier (InVS).

Du fait de mouvements de protestation des médecins inspecteurs de santé publique et d'autres catégories de personnel du Ministère chargé de la santé, les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies ne sont pas transmises par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est momentanément suspendue.