

## Article Original

# Intoxications Aiguës à Douala (Cameroun) : Profil Clinique, Agents en Cause et Devenir des Patients – Étude Rétrospective de 123 Cas sur 5 Ans

## *Acute Poisonings in Douala, Cameroon: Clinical Profile, Causative Agents, and Patient Outcomes – A 5-Year Retrospective Study of 123 Cases*

Njall Pouth Clotilde<sup>1</sup>, Charles Emmanuel Toussaint Binam Bikoi<sup>4</sup>, Dissongo Jean II<sup>4</sup>, Mbango-Ekouta Noël Désirée<sup>2</sup>, Behiya Gérard<sup>1</sup>, Metogo Bengono Junette<sup>1</sup>, Steve Ebana<sup>2</sup>, Ida Penda Calixte<sup>1</sup>

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18649295>

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Les intoxications aiguës représentent une urgence fréquente et potentiellement mortelle, mais leurs caractéristiques restent peu documentées dans les villes camerounaises. Cette étude visait à décrire le profil clinique, les agents en cause et l'évolution des patients pris en charge pour intoxication aiguë dans deux hôpitaux de référence de Douala. **Méthodes.** Nous avons mené une étude rétrospective sur cinq ans (2009–2013) incluant tous les patients hospitalisés pour intoxication aiguë dans les services d'urgences, réanimation, médecine interne, pédiatrie, gastro-entérologie, néphrologie, pneumologie et psychiatrie de l'Hôpital Général de Douala et de l'Hôpital Laquintinie. Les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées. **Résultats.** 123 patients répondaient aux critères d'inclusion. L'âge médian était de 27 ans (intervalle interquartile 15–37), avec une légère prédominance masculine (sex-ratio 1,12). Les intoxications étaient accidentelles dans 84,3 % des cas, survenaient au domicile (95,1 %) et par ingestion (92,7 %). Les principaux agents toxiques étaient les médicaments (24,4 %), les produits caustiques (23,6 %) et les pesticides (22,0 %). Les signes cliniques dominants étaient respiratoires (53,7 %), digestifs (51,2 %) et neurologiques (43,9 %). Le délai de consultation était d'une à trois heures pour 47,8 % des patients. La prise en charge reposait sur un traitement symptomatique (91,9 %) et évacuateur (54,5 %), avec administration d'antidotes dans 24,4 % des cas. Des complications sont survenues chez 25,4 % des patients. L'évolution était favorable dans 91 % des cas ; 11 patients (9,0 %) sont décédés. **Conclusion.** À Douala, les intoxications aiguës touchent principalement des adultes jeunes, surviennent accidentellement à domicile et sont dominées par l'ingestion de médicaments, caustiques et pesticides. Malgré un traitement rapide, la mortalité reste élevée (9 %), justifiant le renforcement de la prévention et l'optimisation des protocoles de prise en charge d'urgence.

### ABSTRACT

**Introduction.** Acute poisonings are frequent and potentially life-threatening emergencies, yet their characteristics remain poorly documented in Cameroonian cities. This study aimed to describe the clinical profile, causative agents, and outcomes of patients managed for acute poisoning in two referral hospitals in Douala. **Methods.** We conducted a five-year (2009–2013) retrospective study including all patients hospitalized for acute poisoning in the emergency, intensive care, internal medicine, pediatrics, gastroenterology, nephrology, pulmonology, and psychiatry departments of Douala General Hospital and Laquintinie Hospital. Sociodemographic, clinical, therapeutic, and outcome data were analyzed. **Results.** 123 patients met the inclusion criteria. Median age was 27 years (interquartile range 15–37), with a slight male predominance (sex ratio 1.12). Poisonings were accidental in 84.3% of cases, occurred at home (95.1%), and involved ingestion (92.7%). The main toxic agents were pharmaceuticals (24.4%), caustic products (23.6%), and pesticides (22.0%). Dominant clinical signs were respiratory (53.7%), digestive (51.2%), and neurological (43.9%). Time to presentation was one to three hours for 47.8% of patients. Management included symptomatic treatment (91.9%) and gastric decontamination (54.5%); antidotes were administered in 24.4% of cases. Complications occurred in 25.4% of patients. Outcome was favorable in 91% of cases; 11 patients (9.0%) died. **Conclusion.** In Douala, acute poisonings predominantly affect young adults, occur accidentally at home, and are dominated by ingestion of pharmaceuticals, caustics, and pesticides. Despite rapid presentation, mortality remains high (9%), underscoring the need for strengthened prevention and optimized emergency management protocols.

### Affiliations

1. Faculty of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Douala, Cameroon
2. Faculty of Biomedical Sciences, University of Yaoundé I, Cameroon
3. Department of Anesthesia and Intensive Care, Catholic University of Central Africa, Yaoundé, Cameroon
4. Department of Anesthesia and Intensive Care, University of Ebolowa, Ebolowa, Cameroon

### Auteur Correspondant

Dr. Clotilde Njall Pouth / Faculty of Medicine and Pharmaceutical Sciences / Department of Surgery and Specialties, University of Douala. Anesthesiologist-Intensivist,  
E-mail : [Clotildenjall1@gmail.com](mailto:Clotildenjall1@gmail.com)

**Mots clés :** Intoxication aiguë, étude rétrospective, Pesticides, Produits caustiques, Douala

**Key Words:** Acute poisoning, retrospective study, Pesticides, Caustic products, Douala

### Article history

Submitted: 20 December 2025  
Revisions requested: 4 February 2026  
Accepted: 22 February 2026  
Published: 25 February 2026

**POUR LES LECTEURS PRESSÉS**

**Ce qui est déjà connu sur le sujet.** Les intoxications aiguës constituent un motif fréquent de recours aux urgences dans le monde. Leur profil varie selon les contextes géographiques et socio-économiques. En Afrique subsaharienne, les données hospitalières sont rares et souvent parcellaires.

**L'aspect du sujet abordé dans cette étude.** Cette étude décrit le profil clinique, les agents toxiques en cause et l'évolution des patients pris en charge pour intoxication aiguë dans deux hôpitaux de référence de Douala sur une période de cinq ans.

**Ce que cette étude apporte de nouveau.** Sur 123 cas analysés, les intoxications touchent majoritairement des adultes jeunes (âge médian 27 ans). Elles sont accidentelles dans 84 % des cas, surviennent à domicile (95 %) et par ingestion (93 %). Les médicaments (24 %), les caustiques (24 %) et les pesticides (22 %) représentent plus des deux tiers des toxiques. Les complications concernent un quart des patients, et la mortalité atteint 9 %, malgré un délai de consultation souvent rapide (moins de trois heures pour près de la moitié des cas).

**Implications pour la pratique, les politiques ou la recherche future.** La prévention doit cibler le stockage sécurisé des médicaments et produits ménagers à domicile. La formation des personnels de santé à la prise en charge des intoxications courantes et la disponibilité d'antidotes essentiels doivent être renforcées. La mise en place d'un centre antipoison à Douala permettrait une collecte systématique des données et une meilleure orientation thérapeutique.

**INTRODUCTION**

Les intoxications aiguës représentent un motif fréquent de recours aux soins urgents et une cause évitable de morbidité et de mortalité, imposant une reconnaissance clinique rapide, une stratification de la gravité et une prise en charge standardisée. Dans les pays disposant de systèmes de toxicovigilance structurés, les bases nationales issues des centres antipoison permettent de décrire finement les toxiques impliqués, les circonstances d'exposition et les tendances temporelles, et soutiennent la surveillance sanitaire en temps quasi réel [1,2]

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la charge est fortement influencée par l'accessibilité des produits toxiques (médicaments, pesticides, produits domestiques/caustiques) et par l'hétérogénéité de l'offre de soins, avec des retards de consultation et des capacités variables en réanimation. Les pesticides, en particulier, constituent un enjeu majeur : ils sont responsables d'intoxications accidentelles et intentionnelles, et restent associés à une létalité élevée dans de nombreux contextes où la régulation, le stockage sécurisé et l'accès à des soins de qualité sont limités [3–6]. Des travaux montrent par ailleurs que des mesures structurelles comme la restriction ou l'interdiction des pesticides hautement dangereux peuvent réduire le fardeau des décès par auto-intoxication et être coût-efficaces [7]

Sur le plan clinique, l'expression des intoxications aiguës est polymorphe (respiratoire, neurologique, digestif, cardiovasculaire...), et dépend de l'agent, de la dose, de

la voie, du délai d'admission et des comorbidités. La prise en charge repose classiquement sur la stabilisation vitale, la réduction de l'absorption quand elle est indiquée et des traitements spécifiques (antidotes) lorsque disponibles, intégrés à des protocoles adaptés [8,9]. Toutefois, les pratiques et les ressources diffèrent largement entre hôpitaux, rendant indispensable une description locale des profils d'exposition, des parcours de soins et des issues.

En Afrique subsaharienne, plusieurs études hospitalières rapportent des profils dominés par les médicaments, les produits domestiques et les pesticides, avec une proportion variable d'intoxications accidentelles et intentionnelles, et des complications non négligeables [10–16]. En contexte camerounais, les données publiées restent rares et dispersées, alors même que des signaux de terrain suggèrent une exposition importante aux pesticides et des cas rapportés en formation sanitaire [17].

Ainsi, l'objectif de notre étude était décrire, dans deux hôpitaux de référence de Douala (Hôpital Général et Hôpital Laquintinie), le profil épidémiologique et clinique des intoxications aiguës, les agents toxiques et les circonstances, voies, lieux d'exposition, les modalités thérapeutiques (symptomatiques, évacuatrices, antidotes) ainsi que les issues (complications, durée d'hospitalisation, évolution et mortalité), afin d'orienter des actions de prévention et d'optimiser la prise en charge précoce.

**MÉTHODOLOGIE****Design de l'étude**

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive, menée afin de caractériser les intoxications aiguës prises en charge dans deux hôpitaux de référence de la ville de Douala.

**Cadre et sites de l'étude**

L'étude s'était déroulée dans différents services de l'Hôpital Général de Douala (HGD) et de l'Hôpital Laquintinie de Douala (HLD).

**Période et durée de l'étude**

La période d'observation correspondait aux hospitalisations enregistrées sur cinq ans, du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2013. Le dépouillement des dossiers et la collecte des données s'étaient déroulés sur quatre mois, du 1er janvier au 30 avril 2014.

**Population d'étude**

La population d'étude était constituée de l'ensemble des dossiers de patients hospitalisés dans les deux hôpitaux pendant la période d'étude. L'unité d'observation correspondait à un dossier patient, et chaque dossier retenu constituait un cas.

**Critères d'éligibilité**

Étaient inclus dans l'étude tous les dossiers complets de patients des deux sexes, de tout âge confondu, admis à l'HGD ou à l'HLD pour une intoxication aiguë. Les intoxications alcooliques avaient également été incluses. Étaient exclus les dossiers incomplets, les intoxications alimentaires, les patients toxicomanes, les effets indésirables médicamenteux aux doses thérapeutiques,

ainsi que les morsures de serpents et les piqûres d'insectes.

### Échantillonnage et taille d'échantillon

Aucune pré-estimation de la taille d'échantillon n'avait été réalisée. Un recrutement exhaustif avait été effectué, en incluant progressivement tous les dossiers répondant aux critères d'inclusion jusqu'à la fin de la période d'étude. La technique d'échantillonnage était non probabiliste, reposant sur un recrutement consécutif par convenance des dossiers éligibles.

### Procédure de collecte des données

La collecte de données a été réalisée après demande et obtention des autorisations d'enquête dans les services concernés. Les responsables et le personnel des services avaient été informés du but et des objectifs de l'étude. La sélection des cas s'était effectuée à partir des registres des services ciblés, ce qui avait permis de relever les numéros de dossiers des patients hospitalisés pour intoxication aiguë liée à un produit chimique ou à un médicament. Les dossiers correspondants avaient ensuite été recherchés aux archives et dépouillés à l'aide de fiches techniques de dépouillement standardisées.

### Variables étudiées

Les variables recueillies portaient sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, profession, situation matrimoniale), le profil clinique à l'admission (motif de consultation, délai d'admission, paramètres vitaux, signes cliniques initiaux), l'identification du toxique (type et nom du toxique, voie d'intoxication), les circonstances de l'intoxication (lieu, contexte, type d'exposition), la prise en charge thérapeutique (mesures à domicile, traitement symptomatique, évacuateur, épurateur et spécifique) et l'évolution (durée d'hospitalisation, complications et guérison).

### Gestion des données et contrôle qualité

Les données collectées étaient anonymisées et associées à des éléments de codage permettant, si nécessaire, de relier l'information au dossier source. Chaque fiche avait été individualisée afin de faciliter la vérification de la validité des données et de limiter les erreurs de saisie ainsi que les comptages en double.

### Saisie et analyse statistique

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel CPro version 4.1, avec un masque de saisie conçu sur le modèle de la fiche de collecte, puis exportées vers le logiciel SPSS version 20.0 pour l'analyse statistique. Les variables qualitatives ont été décrites par des fréquences absolues et relatives, tandis que les variables quantitatives ont été résumées par la moyenne et l'écart-type.

### Considérations éthiques

Des autorisations de recherche ont été obtenues auprès des directions des hôpitaux et des chefs de service concernés avant le démarrage de l'étude. La confidentialité des informations a été assurée par l'anonymisation des données et l'utilisation des résultats exclusivement à des fins scientifiques.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques sociodémographiques

L'âge médian des patients était de 27 ans (Intervalle interquartile [15-37 ans]). La majorité était de sexe masculin (sexe ration(H/F) = 1,12), élève (27%), mariés (44%) et sans éducation (48%) (Tableau I).

**Table I : Caractéristiques sociodémographiques (N = 123)**

Caractéristiques	N	%
Age Médian (en années)	27	
Sexe		
Masculin	65	53
Féminin	58	47
Tranche d'âge		
Moins d'un an	16	13
[1 - 5 ans [	54	44
[5 - 15 ans [	8	7
[15 - 25 ans [	11	9
[25 - 50 ans [	23	19
[50 - 75 ans [	10	8
75 ans et plus	1	1
Profession		
Fonctionnaire	4	9
Travailleur du privé	8	18
Commerçant	6	13
Ménagère	3	7
Retraité	3	7
Élève/Étudiant	12	27
Sans emploi	4	9
Autre	5	11
Situation familiale		
Marié(e)	20	44
Célibataire	15	33
Divorcé	0	0
Veuf (ve)	1	2
Non renseignée	9	20
Niveau d'études		
Sans niveau	59	48
Primaire	20	16
Secondaire	12	10
Supérieur	12	10
Non renseigné	20	16

### Motif de consultation et délai d'admission

Les motifs de consultations les plus fréquents étaient l'ingestion des médicaments (17,1%), des hydrocarbures (14,6%) et d'eau de javel ou de détergent (13,8%). La majorité des patients avaient un délai de consultation compris entre une et trois heures (47,8%) (Tableau II).

**Tableau II : motifs de consultation et délai d'admission en heure**

Motif et délai d'admission	N	%
Motif de consultation		
Ingestion médicaments	21	17,1
Ingestion d'hydrocarbures	18	14,6
Ingestion d'eau de javel / détergent	17	13,8
Ingestion d'insecticide	15	12,2
Ingestion d'un produit chimique toxique	14	11,4
Autres	11	8,9
Ingestion de produit caustique	8	6,5
Asthénie	7	5,7
Coma	6	4,9
Vomissements, vertiges, céphalées	6	4,9
Intoxication alcool	5	4,1
Détresse respiratoire	5	4,1
Brûlure digestive	4	3,3
Altération de la conscience	4	3,3
Hypoglycémie	2	1,6

**Tableau II : motifs de consultation et délai d'admission en heure**

Motif et délai d'admission	N	%
Délai d'admission		
Moins d'une heure	22	17,9
[1 h – 3 h [	59	47,8
[3 h – 5 h [	15	11,9
5 heures et plus	27	22,4

**Présentation clinique et circonstances de survenue des intoxications aiguës**

La présentation clinique était dominée par les signes respiratoires (66 ; 53,7 %), suivis des signes digestifs (63 ; 51,2 %) et neurologiques (54 ; 43,9 %). Les principaux agents toxiques étaient les médicaments (30 ; 24,4 %), les produits caustiques (29 ; 23,6 %) et les pesticides (27 ; 22 %). La voie d'intoxication était majoritairement l'ingestion (114 ; 92,7 %), survenant surtout dans un contexte accidentel (102 ; 84,3 %) et principalement au domicile (117 ; 95,1 %). L'exposition était le plus souvent unique (115 ; 93,5 %) et isolée (118 ; 95,9 %) (Tableau III).

**Tableau III : Présentation clinique et circonstances de survenue des intoxications aiguës**

Variables	N	%
Signes cliniques		
Signes respiratoires	66	53,7
Signes digestifs	63	51,2
Signes neurologiques	54	43,9
Signes cardio-vasculaires	36	29,3
Signes neurovégétatifs	8	6,5
Signes rénaux	6	4,9
Signes cutanéomuqueux	2	1,6
Agents toxiques		
Médicaments	30	24,4
Plantes	5	4,1
Hydrocarbures et dérivés	17	13,8
Pesticides	27	22
Produits caustiques	29	23,6
Produits cosmétiques	2	1,6
Gaz	6	4,9
Voie d'intoxication		
Ingestion	114	92,7
Inhalation	7	5,7
Autre	2	1,6
Circonstance d'intoxication		
Accidentelle	102	84,3
Suicidaire	17	14
Criminelle	2	1,7
Avortement	2	1,7
Professionnelle	1	0,8
Inconnue	2	1,6
Lieux d'intoxication		
Domicile	117	95,1
Lieu de travail	2	1,6
Autre	4	3,3
Type d'exposition		
Unique	115	93,5
Multiple	7	5,7
Inconnue	0	0
Isolée	118	95,9
Collective	5	4,1

**Type de traitement, Durée d'hospitalisation, Évolution et Issues**

La prise en charge reposait principalement sur un traitement symptomatique (113 ; 91,9 %), associé dans plus de la moitié des cas à un traitement évacuateur (67 ; 54,5 %), tandis qu'un antidote n'était administré que chez 30 patients (24,4 %). La durée moyenne d'hospitalisation était de  $3,9 \pm 4,2$  jours, avec des extrêmes allant de 1 à 34 jours. Au cours de l'évolution, des complications survenaient chez 31 patients (25,4 %), alors que 92 (74,6 %) n'en présentaient pas. L'issue était majoritairement favorable (112 ; 91 %), avec 11 décès (9 %) (Tableau IV).

**Tableau IV : Fréquence de distribution des Types de traitement, Durée d'hospitalisation, évolution et Issues**

Variables	N	%
Type de traitement		
Traitement symptomatique	113	91,9
Traitement évacuateur	67	54,5
Antidote	30	24,4
Durée d'hospitalisation moyenne (en jours)	$3,9 \pm 4,2$ [1 -34]	
Évolution		
Complication	31	25,4
Pas de complication	92	74,6
Issue		
Favorable	112	91
Décès	11	9

**DISCUSSION****Principaux résultats**

Les résultats de notre étude ont mis en évidence un profil d'intoxication dominé par des patients jeunes (âge médian 27 ans), une légère prédominance masculine, et des intoxications survenant majoritairement au domicile, dans un contexte accidentel et par voie digestive. Les toxiques les plus fréquemment impliqués étaient les médicaments, les produits caustiques et les pesticides, avec une présentation clinique surtout respiratoire, puis digestive et neurologique. La prise en charge reposait principalement sur les mesures symptomatiques, l'administration d'un antidote restant limitée, et l'évolution était globalement favorable malgré une mortalité de 9 %, suggérant qu'une proportion non négligeable des expositions était cliniquement sévère dans ce contexte hospitalier. Ces constats s'inscrivent dans la dynamique internationale où les intoxications aiguës constituent une part importante des expositions surveillées et des recours aux soins, comme l'illustrent les rapports annuels du National Poison Data System (NPDS) aux États-Unis, tout en rappelant que les profils d'agents et de circonstances varient fortement selon les contextes [1,2].

**Caractéristiques sociodémographiques**

L'âge médian (27 ans) indique que les intoxications aiguës concernent principalement des adolescents et jeunes adultes, c'est-à-dire des groupes à forte mobilité et souvent exposés aux produits domestiques, pharmaceutiques ou agricoles selon l'environnement. Dans plusieurs études hospitalières africaines, la charge de morbidité liée aux intoxications touche fréquemment des individus jeunes, même si la tranche d'âge peut varier

selon que les études soient centrées sur l'enfant, l'adulte ou les admissions en soins intensifs [10–16,18].

La légère prédominance masculine (sex-ratio H/F = 1,12) peut s'interpréter à la lumière du contexte majoritairement accidentel observé dans notre étude, car certaines études ont plutôt rapporté une prédominance féminine lorsque l'intoxication volontaire (auto-intoxication médicamenteuse notamment) occupait une place importante parmi les cas [19,20]. À l'inverse, des travaux dominés par l'exposition accidentelle et/ou par des agents domestiques et environnementaux pouvaient présenter une répartition différente selon l'organisation sociale, la profession, la supervision des enfants et les habitudes de stockage des produits.

Par ailleurs, la proportion élevée de patients sans éducation formelle et la présence notable d'élèves laisse penser à une vulnérabilité socio-éducative pouvant favoriser les expositions accidentelles, notamment par méconnaissance des risques, stockage inadapté, étiquetage insuffisant ou défaut de surveillance. Même si notre étude n'était pas analytique, des travaux menés en contexte camerounais chez les agriculteurs ont déjà décrit des pratiques à risque et des difficultés de gestion des expositions accidentelles aux pesticides, appuyant l'hypothèse d'un déterminant comportemental et structurel de ces intoxications [17].

#### Motifs de consultation et délai d'admission

Les agents rapportés comme motifs de consultation, dominés par les médicaments, les hydrocarbures et l'eau de javel, détergents confirment les tendances largement décrites dans la littérature, où les médicaments et les produits ménagers figurent parmi les principales catégories d'agents, bien que leur rang varie selon l'âge, l'accessibilité, et les habitudes domestiques [1,2,13,16].

Le délai de consultation compris entre 1 et 3 heures chez près de la moitié des patients peut être considéré comme relativement précoce en termes de toxicologie clinique, ce qui est un élément important pour l'efficacité de certaines interventions de décontamination digestive lorsqu'elles sont indiquées. Toutefois, en contexte réel, ce délai dépend aussi de facteurs logistiques (transport, orientation, capacité financière, recours initial aux soins à domicile) et de la perception de gravité, qui peuvent différer entre intoxications médicamenteuses, caustiques et pesticides.

#### Présentation clinique et circonstances de survenue

La prédominance des signes respiratoires est cohérente avec la place des hydrocarbures et, plus généralement, avec la physiopathologie de nombreuses intoxications aiguës où l'inhalation, l'aspiration et le retentissement respiratoire constituent un motif fréquent de gravité. Les intoxications par hydrocarbures chez l'enfant, en particulier, sont classiquement associées à une atteinte respiratoire au premier plan (toux, détresse respiratoire, pneumopathie d'inhalation), ce qui concorde avec nos observations [21,22].

La part élevée de produits caustiques retrouvée dans notre étude va dans le sens des études pédiatriques et hospitalières décrivant la caustication comme un problème récurrent en Afrique subsaharienne, souvent lié

à des produits domestiques accessibles, avec des facteurs de gravité dépendant de l'agent, de la quantité, de la concentration et du délai de prise en charge [23]. Les manifestations digestives observées dans notre étude peuvent de ce fait refléter à la fois l'irritation ou la toxicité directe des caustiques et les symptômes associés à d'autres agents ingérés.

La proportion importante de pesticides dans les agents incriminés doit être discutée dans le contexte plus large du fardeau des intoxications par pesticides dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme le Cameroun, où ces produits restent facilement accessibles et responsables d'une morbi-mortalité significative. Des travaux fondateurs ont souligné depuis longtemps l'importance de ce problème et la nécessité d'actions structurantes, incluant la restriction des pesticides hautement dangereux, avec un impact potentiel majeur sur la mortalité [4–7]. Dans notre étude, la prédominance d'un contexte accidentel contraste avec la littérature centrée sur l'auto-intoxication aux pesticides ; cela peut traduire, localement, un poids important de l'exposition domestique et environnementale (stockage au domicile, manipulation lors d'activités agricoles péri-domiciliaires) ce qui rejoint les signaux des résultats d'enquêtes camerounaises sur les pratiques d'usage et la gestion des expositions accidentelles [17].

Enfin, le fait que les intoxications soient majoritairement survenues au domicile, par ingestion, avec une exposition unique et isolée, est compatible avec des profils classiquement décrits dans les études menées en pédiatrie et en médecine générale en Afrique, où le domicile demeure le principal lieu d'exposition et où l'accidentel domine souvent chez l'enfant, alors que l'intentionnel augmente chez l'adolescent et l'adulte selon les contextes [12,16,24–26].

#### Traitements, durée d'hospitalisation, complications et issues

La prise en charge était dominée par le traitement symptomatique, ce qui est attendu dans la plupart des intoxications aiguës où l'approche initiale repose sur la stabilisation des fonctions vitales, la surveillance et les soins de support. Le recours à un traitement évacuateur dans plus de la moitié des cas suggérait un usage fréquent des stratégies de décontamination. Les recommandations internationales insistent toutefois sur la nécessité de sélectionner ces interventions selon l'agent, le délai, le risque d'aspiration et la sévérité, l'administration de charbon activé en dose unique pouvant être discutée dans des indications précises [8]. L'absence d'administration d'antidote chez environ trois quarts des patients était également cohérente avec le fait que de nombreux toxiques (caustiques, hydrocarbures, divers médicaments) ne disposent pas d'antidote spécifique, mais elle pouvait aussi refléter des contraintes d'accessibilité et de disponibilité hospitalière, d'où l'intérêt de la surveillance des stocks d'antidotes intégrée à votre protocole.

La durée moyenne d'hospitalisation d'environ 4 jours et le taux de complications (25,4 %) suggèrent un noyau de patients nécessitant une surveillance prolongée. La mortalité de 9 % est plus élevée que dans certaines études

pédiatriques d'urgence rapportant une létalité faible, mais peut être comparable à des études hospitalières incluant des cas plus sévères ou des admissions en réanimation, notamment en présence de pesticides ou de détresse respiratoire [14,18,24]. L'évaluation de la sévérité gagnerait à être standardisée dans les futures études (par exemple via le Poisoning Severity Score), afin d'améliorer la comparabilité inter-études et l'analyse pronostique.

Dans le sous-groupe des intoxications par organophosphorés, souvent centrales dans les intoxications aux pesticides, la littérature souligne l'importance d'un traitement précoce et protocolisé (atropinisation, support ventilatoire, décontamination, et discussion des oximes selon le contexte), tout en rappelant que l'efficacité de certains schémas d'oximes, dont le pralidoxime, a été débattue et évaluée par essais randomisés.

### Limites de l'étude

Le caractère rétrospectif expose à un biais d'information (données manquantes, hétérogénéité de la qualité des dossiers, imprécision sur l'agent exact, la dose ou le délai) et à un biais de sélection (exclusion des dossiers incomplets, sous-représentation des intoxications bénignes non hospitalisées, et éventuelle sur-représentation des cas graves référés). De plus, l'étude étant descriptive, elle ne permet pas d'identifier formellement les facteurs associés à la mortalité ou aux complications. Enfin, l'absence de classification standardisée de la gravité limite la comparaison directe avec certains travaux et la stratification du risque.

### Implications pour la pratique et la santé publique

Nos résultats permettent de poser des actions de prévention centrées sur le domicile (stockage sécurisé, sensibilisation des familles, réduction de l'accès des enfants aux hydrocarbures et produits caustiques), sur la sécurité d'usage des pesticides (information, équipements, stockage, mesures réglementaires), et sur l'optimisation de la prise en charge hospitalière (protocoles de triage, standardisation de l'évaluation de gravité, disponibilité des antidotes prioritaires). La mise en place ou le renforcement de dispositifs de toxicovigilance et de conseils toxicologiques (type centre antipoison/plateforme d'expertise) pourrait également améliorer l'orientation et la qualité des soins, comme l'illustrent les systèmes organisés de surveillance dans d'autres contextes.

### CONCLUSION

Les intoxications aiguës à Douala concernent surtout des adultes jeunes, surviennent accidentellement au domicile et résultent principalement de l'ingestion de médicaments, de caustiques ou de pesticides. Le profil observé – ingestion accidentelle à domicile chez un sujet jeune – diffère de celui des pays occidentaux où les tentatives de suicide par médicaments prédominent chez l'adulte. La mortalité de 9 % est préoccupante, d'autant que le délai de consultation est souvent inférieur à trois heures. Ce délai, théoriquement favorable, n'empêche pas la survenue de complications graves. Il témoigne probablement de

l'absence de protocoles standardisés, de la difficulté d'accès aux antidotes, et du manque de formation spécifique des personnels des urgences. En pratique, ces résultats appellent à trois actions prioritaires : renforcer la prévention primaire par la sensibilisation des familles au risque toxique des produits domestiques et médicamenteux ; former les médecins et infirmiers des urgences à la prise en charge initiale des intoxications courantes ; et garantir la disponibilité permanente des antidotes essentiels (N-acétylcystéine, naloxone, atropine, etc.). La création d'un centre antipoison national, doté d'une ligne téléphonique accessible 24h/24, est une urgence sanitaire pour le Cameroun.

### DÉCLARATIONS

#### Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

#### Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

#### Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

### RÉFÉRENCES

- Gummin DD, Mowry JB, Beuhler MC, Spyker DA, Rivers LJ, Feldman R, Brown K, Pham NPT, Bronstein AC, DesLauriers C. 2022 Annual Report of the National Poison Data System® (NPDS) from America's Poison Centers®: 40th Annual Report. *Clin Toxicol (Phila)*. oct 2023;61(10):717-939.
- Gummin DD, Mowry JB, Beuhler MC, Spyker DA, Rivers LJ, Feldman R, Brown K, Pham NPT, Bronstein AC, DesLauriers C. 2023 Annual Report of the National Poison Data System® (NPDS) from America's Poison Centers®: 41st Annual Report. *Clin Toxicol (Phila)*. déc 2024;62(12):793-1027.
- Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G, Konradsen F, Murray D, Piola JC, Senanayake N, Sheriff R, Singh S, Siwach SB, Smit L. Pesticide poisoning in the developing world--a minimum pesticides list. *Lancet*. 12 oct 2002;360(9340):1163-7.
- Gunnell D, Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. *Int J Epidemiol*. déc 2003;32(6):902-9.
- Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, Eddleston M, Chang SS, Phillips MR, Gunnell D. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. *J Affect Disord*. sept 2017;219:93-104.
- Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health*. 21 déc 2007;7:357.
- Lee YY, Chisholm D, Eddleston M, Gunnell D, Fleischmann A, Konradsen F, Bertram MY, Mihalopoulos C, Brown R, Santomauro DF, Schess J, van Ommeren M. The cost-effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to

- pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. *Lancet Glob Health*. mars 2021;9(3):e291-300.
8. Chyka PA, Seger D, Krenzelok EP, Vale JA, American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position paper: Single-dose activated charcoal. *Clin Toxicol (Phila)*. 2005;43(2):61-87.
  9. Persson HE, Sjöberg GK, Haines JA, Pronczuk de Garbino J. Poisoning severity score. Grading of acute poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1998;36(3):205-13.
  10. Tunwashe OL, Odukoya OO, Atiba JO. Acute poisoning in the emergency room in Lagos University Teaching Hospital. *Trop Doct*. oct 1985;15(4):164-6.
  11. Ouédraogo M, Ouédraogo M, Yéré S, Traoré S, Guissou IP. Acute intoxications in two university hospitals in Burkina Faso. *Afr Health Sci*. déc 2012;12(4):483-6.
  12. Kouéta F, Dao L, Yé D, Fayama Z, Sawadogo A. [Acute accidental poisoning in children: aspects of their epidemiology, aetiology, and outcome at the Charles de Gaulle Paediatric Hospital in Ouagadougou (Burkina Faso)]. *Sante*. 2009;19(2):55-9.
  13. Getie A, Belayneh YM. A Retrospective Study of Acute Poisoning Cases and Their Management at Emergency Department of Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia. *Drug Healthc Patient Saf*. 2020;12:41-8.
  14. Waktola LG, Melese EB, Mesfin N, Altaye KD, Legese GL. Prevalence of unfavorable outcome in acute poisoning and associated factors at the University of Gondar comprehensive specialized hospital, Gondar, Northwest Ethiopia: a hospital-based cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1160182.
  15. Ajeigbe AK, Adedeji TA, Jeje OA, Olukoyejo OE, Bello MB, Ogra VO, Jekanola OJ, Ajose OA. Profile of Acute Poisoning among Adult Patients at the Emergency Room of a Tertiary Hospital, South-western Nigeria. *West Afr J Med*. 28 sept 2023;40(9):920-4.
  16. Areprekumor TE, Joboy-Okei E, Amadin NO, Kalu SU. Patterns and clinical outcomes of childhood poisoning presenting to a children's emergency department in Yenagoa, Nigeria: a 10-year retrospective study. *BMJ Paediatr Open*. 15 mai 2024;8(1):e002433.
  17. Pouokam GB, Lemnyuy Album W, Ndikontar AS, Sidatt MEH. A Pilot Study in Cameroon to Understand Safe Uses of Pesticides in Agriculture, Risk Factors for Farmers' Exposure and Management of Accidental Cases. *Toxics*. 1 nov 2017;5(4):30.
  18. Goga R, de Vasconcellos K, Singh D. Acute poisonings presenting to King Edward VIII hospital intensive care unit in Durban, South Africa. *South Afr J Crit Care*. 2021;37(1).
  19. Baydin A, Yardan T, Aygun D, Doganay Z, Nargis C, Incealtin O. Retrospective evaluation of emergency service patients with poisoning: a 3-year study. *Adv Ther*. 2005;22(6):650-8.
  20. Zöhre E, Ayrik C, Bozkurt S, Köse A, Nacı H, Çevik İ, Toker İ, Demir F, Ovla D. Retrospective analysis of poisoning cases admitted to the emergency medicine. *Arch Iran Med*. févr 2015;18(2):117-22.
  21. Reed RP, Conradie FM. The epidemiology and clinical features of paraffin (kerosene) poisoning in rural African children. *Ann Trop Paediatr*. mars 1997;17(1):49-55.
  22. Lifshitz M, Sofer S, Gorodischer R. Hydrocarbon poisoning in children: a 5-year retrospective study. *Wilderness Environ Med*. 2003;14(2):78-82.
  23. Ngobese A, Govender S, Peer N, Sheik-Gafoor MH. Caustic ingestion in children treated at a tertiary centre in South Africa: can upper endoscopy be omitted in asymptomatic patients? *Pediatr Surg Int*. mars 2022;38(3):505-12.
  24. Boyle KL, Periyanyagam U, Babu KM, Rice BT, Bisanzo M. Pediatric Poisonings in a Rural Ugandan Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. mars 2020;36(3):e160-2.
  25. Ikhile I, Chijioke-Nwauche I, Orisakwe OE. Childhood Drug and Non-Drug Poisoning in Nigeria: An Economic Appraisal. *Ann Glob Health*. 9 juill 2019;85(1):100.
  26. Orisakwe OE, Egenti L, Orish C. Childhood non-drug poisoning in Nnewi, Nigeria. *Trop Doct*. oct 2000;30(4):209-11.