



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Procédure N° 026

<i>Rédacteurs</i>	P BOURRIER SFMU
<i>Date</i>	1999
<i>Validation</i>	Commission protocole
<i>Applicable</i>	10/2007

INTOXICATION AIGUË PAR LES CHAMPIGNONS

Intoxications fréquentes saisonnières d'avril à décembre. Il s'agit le plus souvent d'intoxications accidentelles et collectives bénignes dans 90 % des cas. Il s'agit fréquemment d'erreur d'identification par surestimation des connaissances mycologiques. Il est important de connaître le mode de cuisson, ou la prise associée d'alcool. Un seul champignon peut être toxique et responsable de l'intoxication. La conduite à tenir repose essentiellement sur le délai d'apparition des symptômes.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : 10/2007	Réf.: CMUB-026	Pagination : 2 de 5

A. Délai inférieur à six heures

1. Le syndrome résinoïdien

Représente 60 % des cas d'intoxication par les champignons. Les champignons le plus souvent incriminés sont : le bolet Satan (*Boletus satanus*), l'entolome livide (*Entoloma lividum*) et l'agaric jaunissant (*Agaricus xanthodermus*), le trocholome tigré (*Tricholoma pardinum*), parfois confondus avec le rosé des prés. En moins de deux heures, apparaissent nausées, vomissements, diarrhées et signes de déshydratation. Le traitement est symptomatique et repose sur antiémétiques, antidiarrhéiques et réhydratation. L'évolution est favorable en 12 à 24 heures.

2. Le syndrome cholinergique (ou muscarinien ou sudorien)

Champignons responsables : les inocybes (*Inocybe patouillardii*) et clitocybes blancs (*Clitocybe dealbata*) parfois confondus avec le mousseron. En quelques minutes, apparaît un syndrome d'hypersécrétion exocrine, avec diarrhée, hypersudation, hypersalivation, rhinorrhée, associé à un myosis, une bradycardie, une bronchoconstriction, des paresthésies et un tableau de gastro-entérite. Le traitement repose sur l'évacuation digestive (pour les patients vus tôt), l'administration IV de sulfate d'atropine, et la réhydratation. L'évolution est favorable en 12 à 24 heures.

3. Le syndrome pantérinien (ou mycoatropinien)

Les champignons responsables sont l'amanite tue-mouches (*Amanita muscaria*), l'amanite panthère (*Amanita pantherina*), parfois confondus avec la coulemelle. Les signes de l'intoxication sont liés à la présence de muscimol, d'acide iboténique, muscazone (toxine proche de la psilocybine). En 30 minutes à 3 heures surviennent une désorientation, une ataxie, des hallucinations, une

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : 10/2007	Réf.: CMUB-026	Pagination : 3 de 5

mydriase, une sécheresse des muqueuses. Les signes digestifs sont inconstants. Le tableau peut durer de 2 à 10heures.

Après 24 heures, l'évolution est favorable avec une amnésie rétrograde. Le traitement repose sur l'évacuation digestive (pour les patients vus tôt) et les benzodiazépines en cas d'agitation ou de convulsions (notamment chez l'enfant). Contre-indication formelle de l'atropine.

4. Le syndrome narcotinique

Intoxication le plus souvent volontaire. Les champignons les plus souvent en cause sont les psilocybes (*Psilocybe semilanceata*) et les panaéolus (*Panaleolus cyanescens*). Ces champignons sont recherchés par les toxicomanes pour leur effet dysléptique. La toxicité est liée à la présence de psilocybine. En moins de 2 heures surviennent des hallucinations, un état anxieux, voire panique. La symptomatologie est proche de l'intoxication par le LSD. Elle est régressive en six heures. Le traitement repose sur l'évacuation digestive (pour les patients vus tôt) et l'éventuelle sédation par diazépam.

5. Le syndrome coprinien

Le champignon responsable est le coprin noir d'encre (*Coprinus atramentarius*). La toxine responsable inhibe l'acétaldéhyde-déshydrogénase et est responsable d'un tableau " antabuse " lors de la prise d'alcool concomitante. Trente à quarante minutes après la prise d'alcool (et jusqu'au troisième jour après l'ingestion) apparaissent une vasodilatation, un flush, des nausées, des tremblements. Le traitement est symptomatique et repose sur la suppression d'alcool pendant 4 à 5jours. L'apparition de collapsus, troubles du rythme, ou d'ischémie myocardique justifient une hospitalisation courte.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : 10/2007	Réf.: CMUB-026	Pagination : 4 de 5

B. Délai supérieur à six heures

1. Le syndrome phalloïdien

Intoxication potentiellement mortelle. Plusieurs champignons sont responsables : l'amanite phalloïde printanière ou vireuse, ainsi que la lépiote blonde (*Lepiota helveola*), la petite lépiote (*Lepiota bruneoincarnata*), plus rarement certaines galerina (*Pholiota marginata*). L'intoxication est liée à la présence de toxine-amanitine responsable d'une nécrose cellulaire hépatique et rénale. Après 6 à 24 heures, apparaissent des vomissements en jet, des douleurs abdominales et une diarrhée profuse pouvant être cholériforme responsable d'une déshydratation intense, avec choc hypovolémique et insuffisance rénale fonctionnelle. Au 2^e / 3^e jour apparaît une hépatite cytolytique ainsi qu'une insuffisance rénale organique. L'évolution vers l'hépatite aiguë fulminante est possible.

Le traitement repose sur l'évacuation digestive précoce, la pose d'une sonde nasogastrique (aspiration), l'administration de charbon activé (50 g toutes les 4 à 6 heures), le remplissage par macromolécules et la réhydratation avec correction des troubles hydroélectrolytiques afin de maintenir une fonction rénale normale. Plusieurs protocoles antidotes peuvent être utilisés : la pénicilline G 10 millions d'unités en 2 heures, 4 fois par 24 heures, la silimarine (Légalon[®]) 20 mg/kg/jour en 4 perfusions de 2 heures dans du G 5 %. Les méthodes d'épuration extrarénale sont sans intérêt.

La greffe de foie est proposée dans les cas d'hépatite aiguë fulminante (coma et facteur V < 20 %).

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : 10/2007	Réf.: CMUB-026	Pagination : 5 de 5

2. Le syndrome oréllanien

Les champignons responsables sont le cortinaire des montagnes (*Cortinarius orellanus*) qui contient une toxine-orélanine néphrotoxique. Le délai est long : 2 à 20 jours. La symptomatologie associe une soif intense, des céphalées, une anorexie et une asthénie. Il existe une insuffisance rénale aiguë tubulo-interstitielle conduisant à l'hémodialyse. L'évolution peut se faire soit vers la guérison (parfois en deux à trois mois), soit vers l'insuffisance rénale chronique (50 % des cas).

3. Le syndrome géromitrien

Le champignon responsable est la fausse morille ou géromitre comestible (*Gyromitra esculenta*). La toxine responsable est la géromitrine hépatotoxique. Dans un délai de 6 heures à deux jours, apparaît un tableau de gastro-entérite accompagné d'asthénie et de céphalées. Des formes neuropsychiques ont été décrites (coma, convulsion). Une atteinte hépatique est possible vers le 2^e et 3^e jour, conditionnant le pronostic. Le traitement repose sur l'évacuation digestive précoce, et la rééquilibration hydroélectrolytique associée à l'utilisation de vitamine B6, le diazépam en cas de convulsions. L'évolution est habituellement favorable en deux à six jours.

CONCLUSION

Les intoxications aux champignons sont fréquentes, bénignes dans 90 % des cas. Le délai d'apparition des symptômes de six heures permet une orientation diagnostique et thérapeutique. L'absence de renseignements précis ainsi que la possibilité de plusieurs champignons ingérés (délais masqués) doivent conduire à une hospitalisation de courte durée. L'intensité des troubles digestifs notamment chez l'enfant et le sujet âgé amène à la même prudence.