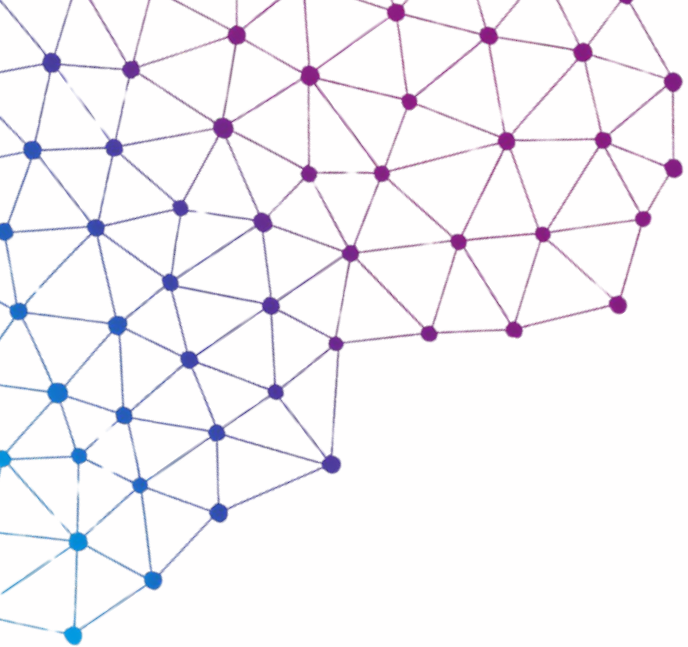




Fiche
CORTOX

Mise à jour : Août 2026

Version : 1.0

Auteur(s) : Equipe
CORTOX

Dichlorvos

INSECTICIDE ORGANOPHOSPHORÉ

Fiche mémo à destination des professionnels de santé

1. GÉNÉRALITÉS

Définition

- **Dichlorvos** (phosphate de 2,2-dichlorovinyle et de diméthyle)
- **Insecticide organophosphoré**, classé **hautement toxique (IB)** par l'OMS
- **Interdit dans l'UE en tant que produit phytosanitaire (2007) et biocide (2012)**

Epidémiologie (France, 2018-2025)

- **363 événements** enregistrés par les centres antipoison
- **Île-de-France : ~67% des cas**
- **Intoxications graves** : essentiellement par ingestion à visée suicidaire
- Approvisionnement : marchés, magasins/bazars, plateformes en ligne

Particularités du produit

- Liquide incolore à jaune ambré, odeur aromatique faible (odeur liée au solvant)
- Hautement volatil, **faible persistance sur les surfaces**
- **Lipophilie modérée** : pénétration cutanée rapide, faible accumulation adipeuse, passage limité de la barrière hémato-encéphalique en théorie
- **Hydrosolubilité importante** → métabolisation rapide
- Hydrolyse lente en eau pure mais rapide en milieu basique et dans l'environnement
- **Oxons (P=O)** : d'emblée actif dans le corps = action rapide sans période de latence
- **Organophosphoré diméthylé** : liaison instable avec l'AChE, réactivation spontanée possible mais "vieillessement" plus rapide



2. PHYSIOPATHOLOGIE



Vieillessement ("aging") de la liaison : l'inhibition devient irréversible même si administration d'oximes.

Particularités du Dichlorvos

- Délai d'action court, pas de période de latence.
- Liaison AChE-toxique relativement instable → réactivation spontanée possible.
- MAIS "vieillessement" rapide → fenêtre thérapeutique courte pour les réactivateurs.

MOYENS MNÉMOTECHNIQUES

Diarrhea/ Diaphoresis
Urination
Miosis
Bradycardia
Bronchospasm
Emesis
Lethargy
Lacrimation
Salivation



Salivation Lacrimation Urination Diaphoresis Glupset Emesis



3. MODES D'INTOXICATION

INHALATION



- **Le plus commun**
- Aérosols, vapeurs, en milieu clos ou mal ventilé
- **Rarement sévère**

INGESTION



- A visée suicidaire ou accidentelle (pédiatrie)
- **Le plus grave**

VOIE CUTANÉE



- **Tableaux bénins** (signes locaux)
- Effets systémiques possibles mais rares.

FACTEURS AGGRAVANTS

- Ingestion
- Terrain
- Co-intoxication (OH)
- Exposition massive ou prolongée.
- Absence de prise en charge précoce

4. TABLEAU CLINIQUE

SYNDROME MUSCARINIQUE



- **Hypersécrétion** : hypersalivation, larmolement, rhinorrhée, sueurs, bronchorrhée
- Bronchospasme
- **Bradycardie**, hypotension
- Douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhée
- **Myosis**

SYNDROME NICOTINIQUE



- **Fasciculations**, myalgies
- **Faiblesse musculaire**, paralysie (atteinte des muscles respiratoires)
- **Tachycardie**, HTA initiale possible

SYNDROME CENTRAL



- **Céphalées**, agitation, confusion
- **Convulsions**
- **Dépression respiratoire**, coma

COMPLICATIONS

Précoces : Syndrome de détresse respiratoire aiguë, bronchospasme sévère, bradycardie sévère voire arrêt cardio-respiratoire, état de choc, pancréatite aiguë.

Retardées : Syndrome intermédiaire (H24-96 : faiblesse musculaire, atteinte des nerfs crâniens, paralysie respiratoire), neuropathie périphérique retardée (1-3 semaines, rare).

5. PRISE EN CHARGE INITIALE



Régulation

- Recueil d'informations : nom du produit, voie/heure d'exposition, quantité, nombre de victimes, contexte, signes de gravité
- Consignes de sécurité, : aérer puis quitter le logement, retrait couche externe vêtements, rincer les zones souillées à l'eau et au savon



Décontamination et protection

- Décontamination d'urgence : retrait couche externe vêtements, rinçage eau et savon zones souillées
- EPI simples (surblouses, charlotte, lunettes, masque chirurgical, gants nitrile), adaptés selon le mode d'intoxication
- Décontamination approfondie non nécessaire



Orientation

- Transfert aux urgences si toxidrome cholinergique
- Transfert en soins continus/réanimation si ingestion ou signes de gravité
- Surveillance minimale de 12h
- Maintien à domicile si signes irritation ou myosis isolé



Examens utiles

- Dosage cholinestérases (plasma + GR) : Le diagnostic est clinique mais peut être utile si doute diagnostique et pour le suivi du traitement
- Gaz du sang, ionogramme, glycémie, ECG
- Radiographie thoracique si signes respiratoires

*Ces mesures de protection ne sont applicables que dans les situations où le produit en cause est identifié comme étant le dichlorvos. En cas de doute sur la nature du produit responsable de l'intoxication, niveau de protection maximal nécessaire (tenue type 3, gants en butyles, masque facial avec cartouche filtrante A2B2E2K2P3 NBC voire appareil respiratoire isolant).

**Ingestion : Le risque de contamination secondaire est très faible, sauf en cas de contact avec les vomissements du patient.

***Déshabillage : Les vêtements retirés doivent être placés dans un sac hermétique afin de limiter le risque de contamination secondaire.

Si contact avec les liquides biologiques du patient ou le produit, rincer rapidement à l'eau et au savon.

Désinfection du matériel contaminé avec solution d'eau de Javel à 5%.

	INHALATION	INGESTION**	CONTACT CUTANÉ
PROTECTION*	Pas d'EPI nécessaire. Ne pas rentrer dans la pièce contaminée. Si entrée dans lieu contaminé nécessaire pour extraction d'une victime en état grave : port d'un masque APR avec cartouche filtrante de type A2P3 conseillé et extraction rapide de la victime.	Personne assurant la décontamination : surblouse imperméable, charlotte, lunettes de protection, masque chirurgical, gants de soins. Une fois la décontamination réalisée, 2 cas de scénario : • Patient vigile : Pas de retrait des EPI car risque de vomissements. • Patient intubé : Retrait des EPI.	Si atteinte cutanée limitée : Pas d'EPI. Si atteinte cutanée importante ou pour la personne assurant la décontamination : surblouse imperméable, charlotte, lunettes de protection, masque chirurgical, gants de soins.
DÉCONTAMINATION D'URGENCE	Retrait couche externe de vêtements. Lavage oculaire si atteinte des yeux.	Retrait couche externe de vêtements et des habits souillés en cas de vomissements.*** Lavage des zones contaminées à l'eau et au savon ou lingette RSDL. A faire pratiquer par le patient si vigile et coopérant. Lavage oculaire si atteinte des yeux.	Déshabillage total.*** Lavage des zones contaminées à l'eau et au savon. A faire pratiquer par le patient si vigile et coopérant. Lavage oculaire si atteinte des yeux.

6 . TRAITEMENT



Décontamination digestive

- Charbon activé dose unique 1g/kg, maximum 100 g si ingestion < 2 heures et patient protégeant ses voies aériennes ou intubé

Atropine (antidote de référence)



Indications

- Toute intoxication avec signes muscariniques
- À débiter le plus tôt possible

Objectifs - Critères “Atropinisation”

- Tarissement des sécrétions bronchiques
- PAS > 80 mmHg
- FC > 80 bpm

Posologie

1 à 2 mg IV en bolus, à renouveler toutes les 5 à 10 min jusqu’à obtention des objectifs, puis relais par perfusion continue (10-20% de la dose totale)
Voies IM, SC, IO possibles

Pralidoxime



Indiqué si :

- Intoxication grave et en présence de signes nicotiniques
- Ingestion ou exposition importante
- Administration précoce pour efficacité maximale

Posologie : Bolus de 30 mg/kg suivi d’une dose d’entretien 8mg/kg/h soit 1 à 2 g en bolus sur 30 min puis infusion 0,5-1 g/h. Voies IM et IO possibles.



Benzodiazépines

- Traitement des convulsions et de l'agitation
- Diazépam IV : 10-20 mg si crises, à renouveler si besoin. Voies IM et IO possibles.

7 . A RETENIR

- 1 Dichlorvos = insecticide organophosphoré à délai d'action rapide et haute volatilité
- 2 Intoxication potentiellement grave, surtout par voie ingérée
- 3 Clinique = “Wet opioid syndrome” / Toxidrome cholinergique : Syndromes muscarinique, nicotinique et central
- 4 Complications essentiellement respiratoires à la phase précoce
- 5 Toxique non persistant, décontamination d’urgence seule requise
- 6 Risque de contamination secondaire faible, EPI simples (surblouse, charlotte, masque chirurgical, gants nitrile)
- 7 Diagnostic clinique, dosage des cholinestérases utile si doute ou pour suivi thérapeutique
- 8 Atropine = antidote de référence, à titrer selon les signes muscariniques
- 9 Utilité Pralidoxime débattue, administration précoce préconisée en cas d’intoxication grave avec signes nicotiniques