

Tableau I : Cas publiés d'Hyperthermie - Rhabdomyolyse

n° observation Référence Pays	Patient Sexe, âge, antécédents Circonstances	Symptômes de début	Analyses toxicologiques (µg/l)	Evolution Enzymes (UI/l) Imputabilité/ gravité
n° 1 Brown et Osterloch, 1987 USA	F 32, E déjà consommée à plu- sieurs reprises et bien tolérée Consommation en couple : 100 à 150 mg de MDMA chacun, avec jus d'orange, son ami, en bonne santé, la transportera rapide- ment aux urgences de l'hôpital	Picotements géné- ralisés, hallucina- tions visuelles puis perte des souvenirs H2 à l'hôpital : confusion, halluci- nations, mydriase, hypersudation, T° rect 41°6, nystag- mus vertical, Rot vifs, p150, TA 90/50, RR 36 Sub OAP + hypoxie	MDMA H3 : urines : 410 H6 : sang : 7 000, aspirat gastrique : 1 070 J1 : urines : 816 cp E : 99 % de MDMA	J1 à J 10 : rhabdo- myolyse, CPK 782 à J14, 24 à J24 (CPK non dosées avant J14) J2 : CIVD J3 : leucocytose à 33 000 J5 : ASAT 1820, ALAT 214 Eruption d'allure herpétique <u>Guérison</u> <u>I8/G4</u>
n° 2 Chadwick et coll., 1991 GB	F 16, ingestion d'un 1 ^{er} cp d'E, sensation de malaise et rapide régression Ingestion d'un 2 ^e cp	Convulsions H0 à l'hôpital : hal- lucinations visuel- les, mydriase, agi- tation, tremblements, T° ax 40°, p190, TA 80/50 H2 : T° 42° (ax), saignement buccal H3 : coma H4 : TA imprenable, hématémèse, réani- mation	MDMA sang : 424 aspirat gastrique : 28 000 aucun autre produit mis en évidence	Cedème SNC (scan), CIVD, acidose métaboli- que, hypoglycémie, décompensation cardiovasculaire malgré réanimation intensive H36 : <u>Décès</u> <u>I8/G6</u> Histologie : anomalie des fibres musculaires de type II, pas de rhabdomyolyse
n° 3 Henry et coll., 1992 (cas 3) GB	F 19 2 cp d'E dans un club	H2 : vomissements, diarrhée liquide, coma, T° 39°7, p150, ↓ plaquettes, ASAT ↑	MDMA sang : 970 MDA sang : 50	Diurèse, sédatif, régression <u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>
n° 4 Henry et coll., 1992 (cas 4) GB	H 20 Ingère 3 cp d'E dans un club	Agitation, p210, TA 210/70, hypersuda- tion, T° 40°, rhab- domyolyse, cytolysse hépatique, insuffi- sance rénale	MDMA sang : 240 MDA sang : 20 <u>Amphétamine</u> : 20 <u>MDEA</u> sang : 0 ; urines : +	J21 : <u>Guérison</u> <u>I7/G3</u>

n° 5	H 23 3 cp d'E lors d'une « rave »	Convulsions H6 à l'hôpital : my- driase, agitation, RR rapide, p120, TA 120/60, T° ax 40°, CIVD, rhabdomyolyse	MDMA sang : 200 Amphétamine sang : 100	Insuffisance rénale aiguë, épuration extra rénale pendant 20 jours J33 : <u>Guérison</u> I8/G4
n° 6	H 20 5 cp E pendant une « rave »	H2 après inges- tion : convulsions pendant 1 h, coma, mydriase, hyperten- sion, hypersudation T° rect 40°, ↑ 41,4°, TA 110/70 - > 80/30, p170, aci- dose métabolique, CPK 774 UI/l, créat 173 µmol/l, coagu- lation normale TRT : IT + VA, Diazepam TRT : sympt, Dantrolène	MDA ++ et MDMA sérum : MDA 1510 urines : MDA 48 600 MDMA 500 cp E = MDA ++ et MDMA « EVE » alcool 0,2 g/l pas d'autres produits	H12 : rhabdomyo- lyse +, CPK 15700, créat 124 µmol/l H72 : <u>Guérison</u> I8/G4
n° 7	H 19, pas de prise antérieure d'E 1 ^{er} cp E dans un dancing	Découvert à l'exté- rieur d'un dancing, frappant sa tête contre le trottoir H0 à l'hôpital : T° 43,3°, mydriase, p160, rigidité ++, fracture occipitale En 15 mn : coma + IT + VA	MDMA avec amphétamines (traces) dans sang et urines	Réanimation, retroi- dissement H1 : T° 38°, saignement buccal, CIVD, rhabdomyolyse, CPK 44500, créat 250 µmol/l Scanner : hémorra- gies cérébrales multiples <u>Décès</u> I7/G6
n° 8	H 19, jamais d'E ni autre drogue connue 1 ^{er} cp d'E dans un night club	Confusion et perte de connaissance A l'hôpital : T° 41°, rigidité + tachycardie supravent 180 Soins intensifs	néant	IT + VA En quelques heures : CIVD, rhabdomyolyse H2 : CPK 29700, fasciotomie des 2 jambes <u>Guérison</u> avec séquelles (marche difficile + +)
n° 9	H 19, prises anté- rieures de MDMA Ingestion de 3 cp d'E dans un dan- cing	Perte brutale de connaissance H0 à l'hôpital : T° 40°, rigidité muscu- laire, tachycardie	néant	I5/G5 Rhabdomyolyse, CPK 3940, CIVD peu marquée H30 : sort contre avis médical <u>Guérison</u> I5/G3

n° 10	H 18, utilisations antérieures d'E	Convulsions, coma profond, TA 70, p180, hypersudation, T° ax 42° Aux urgences : Diazépam	MDMA sang : 1 260 pas d'autres produits MDA : non présente	IT + VA, inotropes + DOA, Dantrolène, rhabdomyolyse, CPK 9000 H3 : saignements + CIVD H5 : <u>Décès</u> I8/G6
Campkin et Davies, 1992	3 cp d'E dans la soirée			
GB		Soins intensifs		
n° 11	Non précisé	Non précisé	MDMA pas de surdosage	CIVD, rhabdomyolyse, atteinte foie, insuffisance rénale, hémofiltration <u>Evolution ?</u> I6/G4
Barrett 1992	1 cp d'E			
GB				
n° 12	Non précisé	Signes sympathomimétiques : agitation, spasmes musculaire, hyperthermie, tachycardie	néant	TRT : Dantrolène et régression des symptômes en 3 h <u>Guérison</u> I4/G4
Barrett, 1992	1 cp d'E			
GB				
n° 13	H 23	H3 : convulsions A l'hôpital : agitation, mydriase, mouvements cloniques, RR 40, p139, TA 120/80, T° ax 40° TRT : oxygène + chlorpromazine p160, TA 85/60, remplissage et Propranolol	MDMA sang : 200, <u>Amphétamines</u> sang : 100 pas d'autres produits	IT + VA H12 : acidose métabolique, saignements, oligurie, rhabdomyolyse CPK 6 000 à J2 CIVD, atteinte foie et rein, hémofiltration jusqu'à J21 J33 : <u>Guérison</u> I7/G4
Barrett 1993	1 cp d'E + amphétamine			
GB		Soins intensifs		
n° 14	F 19	Perte de connaissance et convulsions H0 à l'hôpital : coma, opisthotonos, T° 40° 2° crise convulsive : p150, TA 120/80, CPK 4177, TP ↓, acidose métabolique TRT : IT + VA, Diazépam, Dantrolène	MDMA présence + dans le sang	Scan : œdème cérébral H10 : T° normale, régression des symptômes J3 : sort des soins intensifs <u>Guérison</u> I8/G4
Nimmo et coll., 1993	E lors d'une « rave »			
GB				
n° 15	H 23	Perte de connaissance dans un dancing H0 à l'hôpital : agitation, tachycardie 160, hypertonie,	MDMA métabolite (MDA) dans les urines pas d'autres produits	En 45 mn : Dantrolène, T° ↓ 38° 2° accès : hyperthermie répondant bien au Dantrolène, IV + VA, hypo TA
Logan et coll., 1993	4 cp d'E avec amphétamine au cours d'une soirée			
GB				

		TA 170, mydriase, conscience fluctuante, T° ax 41,7° puis 42°, acidose métabolique, hypoxie TRT : Diazépam, Dantrolène, Labétalol		avec bas débit cardiaque traitée par inotropes + H4 : apyrexie et hémodynamique correcte J2 : rhabdomyolyse, (CPK 7 540) J3 : extubation, état confusionnel
		Soins intensifs		J5 : <u>Guérison</u>
				<u>I8/G4</u>
n° 16	H 20, prises d'E bien tolérées depuis 18 mois	Perte de connaissance à l'extérieur d'un night club	MDEA (EVE) dans le sang, l'aspirat gastrique, les urines	IT + VA, lyse thérapeutique T° ↓ 39° puis ↑↑ rapidement Dantrolène : T° 38° après 30 mn ; T° 37,3° après 2 h H4 : apyrexie, régression des symptômes H7 : CIVD H16 : correction de l'acidose, inotropes + J2 : ↑ créat (173 μmol/l) J5 : CPK 59700 J6 : sort des soins intensifs J11 : sort de l'hôpital
Tehan et coll., 1993				
GB	Ingestion de 2 cp d'E, de même que son copain, qui seront bien tolérés par ce dernier Tests halothane et caféine : négatifs (pas de sensibilité à l'hyperthermie maligne : HMN)	H0 à l'hôpital : stupeur, agitation +, hypersudation, mydriase, hypertonie, RR ↑, TA 80, p180 à 200, T° 39,6° - > 40,2° (rect.) acidose métabolique	Amphétamines : 280 dans le sang ; présence dans les urines et l'aspirat gastrique	
		Soins intensifs		<u>I8/G4</u>
n° 17	H 20	Rapidement : agressivité tachycardie à 180, TA 94/50, Diazépam	MDMA dans le sang et les urines	H5 : 40,2°, p170, TA 150/70, hypersudation, mydriase TRT : Sédation, T° ↑ = Dantrolène (2 injections efficaces) H12 : CIVD, hypoglycémie, CPK 6410, inotropes + J7 : extubation, EEG anormal
Webb et Williams, 1993	Prise non précisée	Soins intensifs en raison de la tachycardie, acidose métabolique, sédation + IT + VA	pas d'autres produits	J 36 <u>séquelles SNC</u>
GB				<u>I8/G5</u>
n° 18	H 16	Amené aux urgences dans le coma : hypotension, tachycardie ventriculaire, RR rapide, acidose métabolique, T° centrale > 42°	MDMA recherche positive dans le sang et les urines	En quelques heures : CIVD fulminante, hypoTA (Noradrénaline), hémofiltration (hyperkaliémie),
Watson et coll., 1993	E pris dans un night club			
GB				

		K 7,8 mmol/l, convulsions TRT : IT + VA, Dia- zépam, Dantrolène 90 mn plus tard : T° normale, CPK 47 000		créat 477 µmol/l J6 : Décès Autopsie : cédème cérébral <u>I8/G6</u>
n° 19	H 23	Convulsions pen- dant 30 sec, vomis- sements. A l'arrivée aux urgences : apyrexie, hypersu- dation, agitation, coma, RR rapide, acidose métaboli- que marquée (pH 6,96) TRT : IT + VA	MDA dans le sang et les urines	J2 : extubation, créat 200 µmol/l, CPK 2822 J3 : sort de l'hôpital <u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>
Watson et coll., 1993	Ingestion de plusieurs doses d'E avec un peu d'alcool, danse continue			
GB				
n° 20	H 18	Vomissements, hallucinations, se sent chaud. Un ami l'amène aux urgences H0 à l'hôpital : hyperthermie à 41°, RR rapide, acidose modérée, agitation, coma, hypertonie TRT : Dantrolène	MDA dans le sang, les urines et les vomis- sements	H1 : T° normale J1 et J2 : surveillance, CPK 2480 <u>J3 : Guérison</u> <u>I8/G3</u>
Watson et coll., 1993	Ingestion de cp et danse pendant 5 h			
GB				
n° 21	H 26	Amené par la po- lice aux urgences car : obnubilation, vomissements, coma vigile, rigidité musculaire, T° ax 40°, acidose méta- bolique, convul- sions généralisées TRT : Diazépam, Dantrolène	MDA dans le sang et les urines	Dans l'heure : re- prend conscience, T° normale, CPK 7000, créat 373 µmol/l H 72 : sort contre avis médical 1 mois plus tard : créat normale <u>Guérison</u> <u>I8/G4</u>
Watson et coll., 1993	Ingère des cp d'E pour les cacher lors d'une perquisi- tion de la Police			
GB				
n° 22	H 20	Se présente aux urgences pour : crampes dans les jambes, cépha- lées ++, T° 40,5° TRT : Dantrolène, T° ↓ normale Soins intensifs	MDA dans le sang et les urines Analyse des cp : MDA seulement	CPK 190, complica- tion : pneumopathie lobaire inf. droite, antibiotiques H 48 : sort contre avis médical <u>Guérison</u> <u>I8/G4</u>
Watson et coll., 1993	Ingère plusieurs cp d'E les heures précédentes sans danser			
GB				
n° 23	F 23	Admise en orthopé- die pour fracture cheville droite avec déplacement, dou- leurs musculaires diffuses, CPK 48	MDA dans le sang et les urines	J1 : observation et surveillance J2 : intervention chirurgicale sans complication <u>I5/G3</u>
Watson et coll., 1993	Danse ++ pendant 36 h après ingestion d'un demi cp d'E			
GB				

n° 24	H 20	Hypersudation, rigidité, conscient mais amnésique des événements Amené à l'hôpital : convulsions généralisées, vomissements + fausses routes, coma, trismus + +, T° ax 42°, p180, TA 140/60, mydriase	néant	Détresse respiratoire, intubation avec halothane (bien toléré), acidose métabolique, K 6,1 mmol/l TRT : refroidissement + Dantrolène + antibiotiques J4 : Guérison <u>I4/G4</u>
Walsh et coll., 1994	Découvert dans une « rave » inconscient			
GB				
n° 25	H 23, quantités modérées de tabac et alcool, pas d'antécédents allergiques, 2 AG bien tolérées, consommateur d'E	Opération pour fracture cheville AG : Fentanyl Propofol, Isoflurane, NO + oxygène Pendant AG : T° 38,9°, spasme des masseters, hypertension des membres supérieurs, saturation à 98 %, acidose métabolique (pH 7,28)	néant	TRT : refroidissement, Dantrolène, T° ↑ 39,1°, p150, bronchospasme Guérison <u>I3/G4</u>
McCoy et coll., 1994				
Irlande	Dernière prise d'E, 48 h avant anesthésie générale			
n° 26	H 17	Rapidement : perte de connaissance Urgences hôpital : agitation, hypersudation, hallucinations visuelles, p165, TA 80/60, RR 30, T° 40° (rect), mydriase, nystagmus vertical, hypertonie + hyper Rot, hypoglycémie TRT : oxygène, remplissage Vx, dextrose, Dantrolène, Labétalol Soins intensifs	MDA sang : 300 MDMA : néant	IT + VA, Dantrolène (x 2) H4 : T° 38°, p118, TA 120/70, inotropes + J2 à J4 : CIVD J4 à J6 : rhabdomyolyse (CPK 20 000), atteinte hépatique J1 à J5 : atteinte rénale modérée Guérison <u>I8/G4</u>
O'Dwyer et coll., 1995	Ingestion d'1 cp d'E au cours d'une « rave »			
Irlande				
n° 27	H 36, prise d'E antérieure bien tolérée	Dans le night club : crises convulsives A l'hôpital : T° 36,2°, coma profond, 2 crises convulsives, vomissements, perte des urines, fausse route poumon gauche, Na 115, CPK 1572, GB 14600, pH 7,5, Fi 02 97 %, coagulation normale TRT : Correction électrolytique,	MDMA sang : 130 urines : MDA +	T° ax 39,7° H18 : ↓ fièvre, coma moins profond H30 : CPK 81 900, ALAT 132, oligurie (DOA +), CPK 84 800, myoglobininurie En 48 h : régression Guérison <u>I8/G4</u>
Lehman et coll., 1995				
GB	Dans un dancing, le soir du jour de l'an, 1 cp d'E + 2 bières Eau bue en grande quantité pendant la nuit			

		antibiotiques H12 : coma, RR 32, Fi 02 ↓ 90 %, T° 39°, polyurie 5 l/12 h CPK 2461, osmolalité, plasma 259 mmol/l, urines 153 mmol/l, Na urines 26 mmol/l		
n° 28 Box et coll, 1997 GB	F 30 Premier cp d'E ingéré avant une « rave » A bu beaucoup d'eau	H4 : malaise H5 : perte de connaissance et convulsions généralisées H5 h 30 à hôpital : confusion, agitation, coma, convulsions T° 34°, p80, TA 110/70 Babinski bilatéral Na 117 mmol/l, K 3,1 mmol/l urines diluées ++	néant	H24 : T° 39°, convulsions, rhabdomyolyse, CPK 16 670, urines diluées ++, myoglobinurie <u>Evolution ?</u> <u>I4/G4 (?)</u>
n° 29 Dar et McBrien, 1996 GB	H 17, prises anté- rieures ++ Amené aux urgen- ces après avoir été expulsé d'un night club où il avait ingéré 10 cp d'E et alcool	Aux urgences : confusion, agressivité + hypersudation, T° ax 41°, p178, TA 120/70, mydriase, rigidité, coma vigile TRT : refroidisse- ment, Dantrolène Détrousse respira- toire IT + VA BAV 2° degré (sonde EES) Soins intensifs	MDMA à l'autopsie sang : 2 300 foie : 1 200 µg/kg alcool 0,78 g/l à l'entrée à l'hôpital pas d'autres produits	Dantrolène +, T° 42°, IRA, choc cardiogénique, CIVD, acidose métabolique, hyper K (73 mmol/l) H6 : Décès Autopsie : OAP, histo poumons compati- ble avec abus d'amphétamine <u>I8/G6</u>
n° 30 Coore 1996 GB	F 18, aucune dro- gue, traitée par fluoxétine pour dépression depuis 8 mois Premier cp d'E ingéré dans un night club	Vomissements, crampes dans les jambes, hallucina- tions visuelles A l'hôpital : hyper- sudation, agitation, tremblements, T° 40,3°, Rot Vifs, TA 100/60, p140, mydriase, créat 204 µmol/l, T° ↑43° TRT : refroidissement + Dantrolène Soins intensifs	MDMA et MDA dans les urines MDA sang : 246	Convulsions généralisées IT + VA H7 : T° 38°, CIVD, ictère, ALAT 1523, rhabdomyolyse, (CPK 170 000) J8 : Décès Autopsie : nécrose foie (+ cholestase) et pancréas, rhabdomyolyse <u>I8/G6</u>

n° 31	H 22 (75 kg - 1m73), en bonne santé, 2 joints avant la « rave » puis alcool et 2,5 cp d'E pen- dant la soirée	Comportement bi- zarre puis sort en courant de la « rave » Crise de spasmes musculaires avec violents tremble- ments puis « s'en- dort » Retour en car : vomissements, tremblements, hy- perventilation A l'hôpital : convul- sions, RR 60, p160, T° 41,8°	MDMA sang : 555 ; aspirat gastrique : 2 090 ; urines : 14 300 MDEA sang : 490 ; aspirat gastrique : 250 ; urines : 69 000 MDA sang : 240 ; aspirat gastrique : 111 ; urines : 750 Amphétamine : 0 A l'autopsie : sang fémoral MDMA : 430 MDEA : 300 MDA : 250 Pas de cp pour analyse	Acidose metaboli- que sévère + + CIVD H17 : Décès Autopsie (+ 36 h) : OAP, hémorragies disséminées, œdème central I8/G6
n° 32	H 26, trauma lom- baire accidentel 1 an auparavant → paraplégique E quelques fois bien tolérée 1 cp d'E avec des copains et rentre chez lui, pas d'ef- fort musculaire important	Rapidement : ma- laise, obnubilation, convulsions A l'hôpital : convul- sions, coma, T° 41° TRT : Diazépam, Dantrolène Soins intensifs	néant	Etat épileptique, vomissements, lyse + IT + V, refroi- dissement, Dantro- lène, inotropes + H12 : CIVD, T° normale H24 : rhabdomyo- lyse (CPK 555 000), oligurie, SDRA H36 : ectopies vent H48 : insuffisance hépatique J4 : créat 450 µmol/l J17 : Guérison I5/G4
n° 33	H 20 1 cp d'E dans une discothèque avec des copains puis rentre chez lui	A 2 h du matin, il dit à sa mère qu'il se sent fiévreux (T° ax 40°), va se cou- cher	MDMA et MDEA sang : 185 et 1596 présence ++ de ces 2 substances dans les urines, la bile et les viscères analysés	Le lendemain à midi, retrouvé mort, du sang ++ sur l'oreiller Décès Autopsie : aspect de CIVD I6/G6

n° 34 Demirkiran et coll., 1996	F 19 Haschich occasionnellement, pas d'autres produits	15 mn après : nausées, vomissements, diarrhée, désorientation,	<u>MDMA</u> sang et urines : présence	J4 : consciente, diplopie, CPK 71760, ALAT 413, ASAT 819
USA	Après une journée de ski, prend 1 cp d'E	somnolence A l'hôpital : tachycardie, mydriase, Na 120 mmol/l, CPK 3960, T° 37° Soins intensifs : convulsions pendant le transport, TA 123/72, p100/120, RR 20/24, T° 38,5°, piloérection, Rot vifs, rhabdomyolyse TRT : Dantrolène, Bromocriptine	<u>MDA</u> urines : présence Pas d'autres drogues	J7 : natrémie normale J11 : régression vertiges, vision trouble, tremblements, sort de l'hôpital J21 : EEG ondes lentes, bi occipitales, quelques rares pointes ondes <u>Guérison + séquelles</u> <u>I8/G5</u>
n° 35 Murthy et coll., 1997 GB	H 21 Ingestion de 7 cp d'E + 2 g amphétamine + alcool au cours d'une « rave », danse + +	Malaise Urgences hôpital : coma, hypertonie, hypersudation, T° 41° (ax), RR 42, p170, TA 85/60 TRT : IT + VA Soins intensifs : T° 42° Dantrolène, refroidissement	<u>MDMA</u> sang : 290 <u>MDA</u> sang : 100	H2 : myoglobine dans urines (DOA) H4 : CIVD modérée ; hypercalcémie H6 : OAP, surcharge liquidienne, Inotropes + Gluconate Ca IV régression OAP J2 : coma, ictère + oligurie, hémodialyse J12 : conscient (+ IT) De J1 à J16 : rhabdomyolyse (CPK 130 000 à J10) J26 : OAP (nécrose myocardique) J37 : EMG = nécrose musculaire Jusqu'à J50, insuffisance hépatique <u>J80 : Guérison</u> amaigrissement + + 1 an plus tard, reprend son travail <u>I8/G4</u>

n° 36	F 25, E de temps en temps, bien tolérée	H4 : perte de connaissance, convulsions généralisées	néant	2° injection Dantrolène 90 mn après T° 38,5°, glycémie 4,3 mmol/l H6 : hypoglycémie (0,6 mmol/l), rhabdomyolyse, CIVD
Montgomery et Myerson, 1997	Ingestion de 3 cp d'E	A l'hôpital : agitation, tachycardie 155, T° rect 41,9°, TA 120/40, glycémie 7,2 mmol/l TRT : refroidissement, Diazépam, Dantrolène 20 mn plus tard : T° 40,4°		<u>Guérison</u>
GB				<u>I5/G4</u>
n° 37	H 33	H7 : diarrhées, douleurs musculaires J1 à J3 : ↑ douleurs, urines noires, pas d'hyperthermie	néant	J4 : CPK 112 000 TRT : DOA, légère hypoNa J9 : régression lente, rhabdomyolyse J30 : CPK (normale, pas d'atteinte rénale)
Williams et Unwin, 1997	En vacances en Australie, ingestion d'un quart d'E avec alcool et danse pendant plusieurs heures	Consultation médicale : CPK 9200, ASAT 212, tachycardie		<u>Guérison</u>
GB		Hospitalisation ?		<u>I4/G4</u>
n° 38	F 25, bonne santé	Rapidement : perte de connaissance Urgences hôpital : convulsions, T° 41,9°	néant	Hypoglycémie Scan normal CIVD, rhabdomyolyse, (CPK 99 700) J8 : CPK 11 000 J15 : CPK 300, pas d'atteinte rénale
Williams et Unwin, 1997	1 cp d'E + alcool dans une « rave »	TRT : Dantrolène, inconsciente Soins intensifs		<u>Guérison</u>
GB				<u>I5/G4</u>

Tableau II : Cas publiés d'hépatites avec syndrome d'Hyperthermie - Rhabdomyolyse

n° observation Référence Pays	Patient Sexe, âge, antécédents Circonstances	Symptômes cliniques et paracliniques Bilirubine : $\mu\text{mol/l}$ Enzymes : UI/l Créatinémie : $\mu\text{mol/l}$ Urée : mmol/l	Analyses toxicologiques ($\mu\text{g/l}$)	Evolution Imputabilité/ gravité
n° 39 Ellis et coll., 1996 (cas 5) GB	H19, usager régulier d'E 3 cp d'E ingérés au cours d'une « rave »	Hôpital : T° 42°, coma, hypoTA (90 max) TRT : IT + VA, Dantrolène 3 mg/kg/2 h, bilirubine 120, TP ↓, CPK 23 000 H12 : CVD, ASAT > 5000 Service hépatologie	MDMA sang : 380 MDA sang : 30	J1 à J6 : VA, normalisation de la coagulation plaquette ↑, bilirubine max 287 J15 : bilirubine ↓ 56, PBH non faite <u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>
n° 40 Henry et coll., 1992 GB	F 21 Plusieurs cp d'E lors d'une « rave »	Hôpital : convulsions répétées, T° 41°, p170, TA 170/110, mydriase, CVD, rhabdomyolyse, insuffisance rénale aiguë, hépatite fulminante	MDMA sang : 110	J4 : greffe du foie J18 : Rejet <u>Décès</u> <u>I8/G6</u>
n° 41 Ellis et coll., 1996 (cas 1) GB	F 21 E + LSD au cours d'une soirée	H6 : convulsions A l'hôpital : coma profond, T° 41°, CPK 4710, ASAT 3940, bilirubine 25, CVD Scan : cédème cérébral Insuffisance hépatique aiguë	MDMA sang : 110 urines : 40 Pas d'autres produits	J4 : greffe du foie J13 : Décès (sepsis) <u>Histologie :</u> hépatocytes dilatés avec infiltrat graisseux microvacuolaire, absence de réaction inflammatoire <u>I8/G6</u>
n° 42 Ijzermans, 1993 Hollande	H 21, ni alcool, ni drogue Premier cp d'E lors d'une « rave » + danse	Perd connaissance en dansant, convulsions, difficultés respiratoires, T° 39° créat 174, urée 6, ALAT 1100, ASAT 1020, LDH 1590, GGT 15, CPK 1142, coagulopathie	Test immuno chimique : Amphétamine et dérivés : positif	Régression spontanée J10 : <u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>

n° 43	F 18, prend régulièrement E + alcool	En dansant : convulsions A l'hôpital : coma	MDMA et/ou MDA urines : MDA ++ + amphétamines	J2 : insuffisance hépatique avec ictère
Jones et coll.,				
1994 (cas 2)	Dans une « rave » après la prise d'E habituelle	profond, pneumopathie d'inhalation, acidose métabolique, K 2,5, tachycardie 180, IT + VA, T° 42° (rect), oligurie créat 190, urée 6	(CG/SM) Présence de benzodiazépine Pas d'autre drogues	J3 : ALAT 1530, GGT 30, Ph alc 127, CPK 50 000 troubles mineurs de la coagulation
GB				<u>Guérison</u>
				<u>I7/G4</u>

Tableau III : Cas publiés d'hépatites isolées

n° observation Référence Pays	Patient Sexe, âge, antécédents Circonstances	Symptômes cliniques et paracliniques Bilirubine : mmol/l Enzymes : U/l Créatinémie, NH3 : μmol/l	Analyses toxicologiques (μg/l) Sérologie	Evolution Imputabilité/ gravité
n° 44 Henry et coll., 1992 (cas 1) GB	H 29, a utilisé déjà 7 fois de l'E, autres produits : cannabis, cocaïne et psilo- cybe (champignon hallucinogène)	Ictère progressif, hépatite cholestati- que avec œdèmes et ascite	néant Sérologies négati- ves (hépatite A (IgG +) B négatif)	Lente régression en 3 mois <u>Guérison</u> <u>I3/G3</u>
n° 45 Henry et coll., 1992 (cas 2) GB	H 19 Prise d'un cp d'E, 3 semaines aupara- vant	Depuis 15 jours : syndrome d'allure grippale avec diar- rhée, ictère pro- gressif, ASAT 1 509, GGT 103, bilirubine 170, Ph alc 369	néant Sérologies négati- ves (hépatites A et B)	Régression lente + J15 : ASAT 350, GGT 68, bilirubine 91, Ph alc 220 <u>I3/G3</u>
n° 46 Henry et coll., 1992 (cas 3) GB	H 19, E déjà uti- lisé, pas d'autre drogue Pris il y a une se- maine pour sortir	Depuis 7 jours : ictère progressif, vomissements, bilirubine 400, confusion, hépatite fulminante	néant Sérologies négati- ves (hépatites A, B et C)	Greffe du foie <u>Guérison</u> <u>I3/G5</u>
n° 47 Henry et coll., 1992 (cas 4) GB	F 27, stop drogue IV depuis > 5ans E pris à 3 occasions	A chaque prise : hépatite (3 épisodes), biliru- bine 400	Sérologies négati- ves (hépatites A, B et C)	<u>Guérison</u> <u>I6/G3</u>
n° 48 Henry et coll., 1992 (cas 6) GB	H 20, usage heb- domadaire d'E de- puis 10 mois	Ictère progressif, bilirubine 40, hépa- tomégalie doulou- reuse	néant Sérologies négati- ves (hépatites A et B)	Régression <u>Guérison</u> <u>I3/G3</u>
n° 49 Henry et coll., 1992 (cas 7) GB	H 19, consomma- teur d'E ayant aug- menté les doses depuis 3 mois à 4 cp par semaine	Prurit, ictère pro- gressif, ASAT 659, bilirubine 181, Ph alc 276	néant Sérologies négati- ves (hépatites A et B)	Régression lente <u>Guérison</u> <u>I3/G3</u>
n° 50 Shearman et coll., 1992 GB	F 27, stop drogue IV depuis 2 ans, pas d'alcool, usage d'E 1 à 2 cp d'E	Plusieurs ictères récidivant 1 à 2 se- maines après cha- que prise d'E, ic- tère, ALAT 1717, GGT 50, Ph alc 439, bilirubine 471	néant Sérologies négati- ves (hépatites ABC, EBV, CM, HIV, Fièvre Q...)	Hépatite aiguë PBH : infiltrations lobaires et portales de cellules mononu- cléées d'éosinophi- les au niveau des espaces - portes

				Régression spontanée Récidive 4 mois plus tard après une nouvelle prise d'E
				I6 / G4
n° 51 Gorard et coll., 1992 GB	H 20, prend de l'E depuis 3 mois (1 à 2 cp par semaine soit env. 20 cp/3 mois), pas de drogue IV, peu d'alcool, pas de voyage à l'étranger, pas de paracétamol Dernière prise il y a un mois	Depuis 3 semaines : nausées, anorexie, urines foncées Hôpital : ictère, T° 37°, bilirubine 131, ASAT 2 050, Ph alc 201, éosinophilie 8 % J7 : bilirubine 330, TP ↓	Sérologies négatives (hépatites A,B,C, CMV, EBV) Pas d'anticorps antinucléaires ni antimuscle lisse M6 : hépatite C négative	Hépatite aiguë PHB : infiltrat de cellules mononucléées surtout, et d'éosinophiles Régression lente en 6 mois I5/G4
n° 52 De Man et coll., 1993 Hollande	F 18, 1 à 2 cp d'E chaque week-end pour sortir	A l'hôpital (H0) : ictère, anorexie, ALAT 1 020, ASAT 1 360, GGT 208, bilirubine 450	néant Sérologie négative (hépatites)	Hépatite aiguë PBH : infiltrat portal et lobulaire de cellules mononucléées et surtout d'éosinophiles H8 : hépatite fulminante Régression lente en 2 mois I4/G4
n° 53 Oranje et coll., 1993 Hollande	F 25, peu d'alcool, pas de transfusion, pas de drogue IV, 2 tatouages anciens, contraceptif oral, E depuis 2 mois Dernier cp d'E pris il y a 10 jours	A l'hôpital : depuis 3 jours : ictère, asthénie ++, pas de fièvre, bilirubine 329, ASAT 529, ALAT 1 157, écho foie normale	néant Sérologies négatives (hépatites ABCE, HSV, CMV, toxoplasmosse, EBV...) M6 : hépatite C négative	Hépatite aiguë PBH : infiltrat lymphocytes, histiocytes et éosinophiles dans les espaces périportaux et périlobulaires, dépôt biliaire Régression à J10 I5/G4
n° 54 Deltenre et coll., 1994 Belgique	H 22, E depuis 6 mois. Toutes les semaines depuis 2 à 3 mois, rétinoides Dernière prise d'E il y a 19 jours	Hôpital pour fatigue quelques semaines avant examen et analyses (RAS) Hôpital pour ictère, hépatomégalie, bilirubine, ALAT 3 390, ASAT 1 570, GGT 160, Ph alc 266	néant Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV, HIV), anticorps (-) ceruloplasmine normal Hépatite C reste négative	Hépatite aiguë PBH : infiltrat inflammatoire portal avec neutrophiles et éosinophiles Régression (ictère 1 mois, enzymes 2 mois) I5/G4
n° 55 Ijzermans et coll., 1993 (cas 2)	F 18, ni alcool, ni drogue 1 à 2 cp d'E chaque semaine	Depuis 6 semaines : fatigue + ictère, ascite, encéphalopathie (II),	néant Causes communes d'hépatites exclues	Hépatite aiguë 2 mois à l'hôpital J60 : sort avec encéphalopathie (I)

Hollande	depuis 6 mois	bilirubine 480, Ph alc 30, ALAT 1 360, ASAT 1 025, LDH 543, GGT 20, NH3 94, facteur V : 24 %, TP 36 %		Guérison (6 mois + tard) <u>I4/G4</u>
n° 56 Ijzermans et coll., 1993 (cas 1) Hollande	F 24, 1 cp d'E tous les 15 jours depuis 4 mois	Malgré fatigue et douleurs abdominales, continue à prendre E Hôpital : insuffisance hépatique subaiguë, encéphalopathie (III), ascite, coagulopathie, bilirubine 445, ASAT 436, ALAT 540, NH3 112, facteur V 24 %	néant Causes habituelles d'hépatites exclues	Hépatite aiguë, aggravation neurologique + greffe de foie 16 jours après : sort de l'hôpital <u>Guérison</u> <u>I4/G5</u>
n° 57 Khakoo et coll., 1995 GB	F 22, peu d'alcool 1 cp d'E par semaine depuis 4 mois, pas d'autres drogues	Depuis 1 mois : ictère fonçant, selles décolorées Hôpital : hépatomégalie, pas d'ascite, pas d'encéphalopathie, bilirubine 53, ASAT 2314, Ph alc 145	néant Sérologies négatives (hépatites A, B et C)	Hépatite aiguë PBH1 : lésions aiguës avec hépatite chronique active, cholestase et prolifération canaliculaire, infiltrat avec éosinophiles, récidive après E PBH 2 : fibrose extensive avec quelques signes de régénération <u>I6/G5</u>
n° 58 Dykhuizen et coll., 1995 (cas 1) GB	H 24, diabète ID ni toxicomane ni homosexuel, pas de transfusion ni voyage ! Lors d'une sortie avec des copains, E mis à son insu dans sa bière	Agitation, nausées, hypersudation J3 : ictère progressif Hôpital : sommolence, anorexie, nausée, vomissements, T° normale J5 : bilirubine 346, ASAT 950, Ph alc 251	néant Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV) Anticorps Anti muscle lisse positif Anti nucléaire : 0 Anti mitochondrie : 0	M1 : régression lente M4 : examens biologiques normalisés, hépatite C négative, anticorps antimuscle lisse négatif <u>Guérison</u> <u>I4/G4</u>
n° 59 Dykhuizen et coll., 1995 (cas 2) GB	H 22, pas de drogue IV, cannabis, transfusion 3 ans avant non homosexuel, pas de voyage Alcool avec E 4 semaines avant	S4 : Somnolence, prurit, inconfort abdominal S5 : ictère progressif sans fièvre, hépatomégalie, bilirubine 137, ASAT 748, Ph alc 216	néant Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV) Anticorps négatifs	Aggravation ictère, bilirubine 371, ASAT 1410 TRT : cortic. pendant 10 j M3 : examens normaux, hépatite C négative <u>Guérison</u> <u>I4/G4</u>

n° 60	H 23, pas de drogue IV, non homosexuel, pas de transfusion ni voyage	Depuis 1 mois : malaise, anorexie, prurit, urines noires, selles décolorées, bilirubine 75, ASAT 639, Ph alc 265, GGT 395	néant	Hépatite aiguë PBH : hépatocytes avec vacuoles + infiltrat des espaces portes par cellules mononucléées (lymphocytes et éosinophiles) S5 : examens normaux
Dykhuizen et coll., 1995 (cas 3)			Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV)	
GB	4 cp d'E + alcool chaque week-end depuis 1 an		Anticorps négatifs	
				<u>Guérison I4/G4</u>
n° 61	F 18	Depuis 1 mois : ictère progressif, bilirubine 277, ASAT 1 575 S + 3 : bilirubine 452, ASAT 3 160, TP ↓(lqal) Hôpital : encéphalopathie (II) aggravation : IT + VA, Echo : petit foie, nécessité d'une greffe en urgence	Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV)	Coma + HTIC, surinfection
Ellis et coll., 1996	E régulièrement et continué malgré ictère			Décès avant de pouvoir disposer d'un foie compatible
GB				<u>I4/G6</u>
n° 62	F 36	Depuis 6 jours : nausées, douleurs dorsales, vomissements, ictère progressif	néant	J25 : greffe du foie, ASAT ↑ 820, aggravation, sepsis
Ellis et coll., 1996 (cas 3)	1 cp d'E (J1)	J10 à l'hôpital J20 : encéphalopathie, ascite, bilirubine 406, ASAT 828, Ph alc 90, GGT 78, IT + VA Greffe urgente	Sérologies négatives	J25 : <u>Décès</u>
GB				<u>I4/G6</u>
n° 63	F 21, 1 à 5 cp d'E chaque week-end depuis 4 mois	Depuis 6 semaines : malaise, vomissements, inconfort abdominal, selles décolorées palpation douloureuse, bilirubine 44, ASAT 760, Ph alc 149 Echo : calculs biliaires	néant	Régression en 2 semaines PBH : Hépatite + infiltrat éosinophiles
Ellis et coll., 1996 (cas 4)			Sérologies négatives	<u>Guérison</u>
GB				<u>I4/G4</u>
n° 64	H 22, usage régulier d'E et amphétamines	Depuis 7 jours : malaise, nausées, urines foncées, selles décolorées, ictère progressif Hôpital : bilirubine 311, ASAT 1 191, Ph alc 173, GGT 169, instabilité glycémie Echo : normale	néant	Hépatite aiguë PBH : hépatocytes vacuolés avec infiltrat des cellules mononucléées et éosinophiles
Ellis et coll., 1996 (cas 6)			Sérologies négatives	<u>Guérison</u>
GB				<u>I3/G4</u>

n° 65	F 22, E depuis 6 mois	Depuis 3 semaines : ictère progressif, nausées, vomissements Hôpital : bilirubine 129 15 jours plus tard : encéphalopathie (II), bilirubine 343 Service spécialisé : aggravation TRT : transplantation d'un lobe gauche		Hépatite aiguë Transplantation effectuée mais sepsis 1 mois après transplantation : <u>Décès</u> <u>I3/G6</u>
Ellis et coll., 1996 (cas 7)				
GB				
n° 66	F 24, 2 à 4 cp d'E chaque week-end depuis 6 semaines	Hôpital des Caraïbes pour ictère, bilirubine 407, Ph alc 295, ASAT 721, GGT 123 Retour GB : Service spécialisé : encéphalopathie (III)		Greffe foie, foie disponible en 48 h S5 : retour à domicile <u>Guérison</u> <u>I3/G5</u>
Ellis et coll., 1996 (cas 8)	2 mois de vacances aux Caraïbes			
GB				
n° 67	H 19, consommation d'E les samedis depuis 5 mois, augmentation des doses 0,5 cp à 4 cp puis 2 fois par semaine, pas d'alcool, ni drogue IV	Nausées, urines foncées, ictère progressif Hôpital : bilirubine 131, ALAT 745, Ph alc 180	Sérologies négatives : hépatite B, A (IgM = 0), C, EBV, CMV	Hépatite aiguë PBH + régression en 6 semaines Nouvelle consommation d'E provenant d'un autre pourvoyeur, récurrence Régression en 2 semaines, reprend 3 E/semaine, ASAT 340 <u>I6/G5</u>
Fidler et coll., 1996 (cas 1)				
GB				
n° 68	F 18, ni alcool ni drogue IV	Ictère progressif, urines foncées Hôpital : bilirubine 96, ALAT 2 435, Ph alc 176, écho normale	Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV)	Régression en 3 semaines Nouvelle prise E 0,5 cp par semaine pendant 2 mois puis 2 cp et 2 jours après : récurrence + encéphalopathie + hépatomégalie + ascite et œdèmes, hépatite aiguë, PBH + TRT : corticoïdes, régression en 3 semaines à l'arrêt d'E <u>I6/G4</u>
Fidler et coll., 1996 (cas 2)	Depuis 3 mois prend E, d'abord 0,5 cp puis 1 cp et 1,5 cp depuis 2 jours			
GB				

n° 69 Chenard Neu et coll., 1996 (cas 17) France (Clichy)	H 33, consommation d'E (2 ou 3 fois seulement) et de cocaïne	Ictère, encéphalopathie IV, bilirubine 642, CIVD, TP 10 % créat 89	néant Foie natif 80 % nécrose, avec évolution fibrosante	Transplantation foie auxiliaire Dépendant de la greffe 18 mois après A long terme : Guérison <u>I5/G5</u>
n° 70 Chenard Neu et coll., 1996 (cas 18) Suisse	H 19 ans, consommation quelque fois d'E	Pas de prodromes, ictère progressif J15 : encéphalopathie I, bilirubine 6500, CIVD, TP 18 %, IT + VA, créat 74 Transplantation d'un foie auxiliaire, reste dépendant de la greffe 5 mois après	néant Foie natif 50 % nécrose, avec évolution fibrosante	Evolution à long terme connue par le Pr. Hadengue (Hôpital Cantonal Genève) : M6 après la greffe : dernière PBH, fibrose séquellaire En Janvier 1998 : arrêt de l'immunosuppression, atrophie du greffon <u>Guérison</u> <u>I5/G5</u>
n° 71 Erhard 1997 (dans Brauer) Allemagne	H 18, consommation d'E depuis plusieurs mois	Insuffisance hépatique progressive Hépatite fulminante		Transplantation d'un foie auxiliaire <u>Guérison</u> <u>I5/G5</u>
n° 72 Brauer et coll., 1997 Allemagne	F 18, E depuis 2 mois Ingère 1 cp d'E lors d'une soirée techno	Léthargie, ictère coagulopathie en 8 jours après la prise, encéphalopathie, insuffisance hépatique, bilirubine 263, aggravation ++ Hépatite fulminante, bilirubine 263, ALAT 1 530, NH3 186	MDMA non retrouvée lors de la greffe Sérologies négatives	Greffe à J10 S6 : sort de l'hôpital <u>Guérison</u> <u>I5/G5</u>
n° 73 Pereira et coll., 1997 GB	F 23, consommation d'E	Bilirubine 320, ASAT 370, encéphalopathie (II puis III), coagulopathie		Greffe foie auxiliaire sepsis J31 : Décès <u>I5 /G6</u>

Tableau IV : Cas publiés d'hyponatrémies

n° observation Référence Pays	Patient Sexe âge, antécédents Circonstances	Symptômes de début m, Na, K : mmol/l	Analyses toxicolo- giques (µg/l)	Evolution (Enzymes : UI/l) Imputabilité/ gravité
n° 74 Maxwell et coll., 1993 (cas 1) GB	F 17 Première prise de 1,5 cp d'E	H4 : 3 crises convulsives en 2h puis s'endort (!) H9 à l'hôpital : coma vigile Observation : pen- dant 12h, attitude éveillée, ne répond pas aux questions, ne reconnaît per- sonne, catatonie, état stuporeux, sort de l'hôpital	<u>MDMA</u> urines : positif + MDA sang : négatif (li- mite = 10) Pas d'autres pro- duits	A domicile : même état, ne répond pas aux ordres simples, T° 37°, Na 130, H54 : régression des symptômes <u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>
n° 75 Maxwell et coll., 1993 (cas 2) GB	F 17, E déjà pris et bien toléré 1 cp d'E et danse + + pendant la soirée boit envi- ron 5 litres d'eau	S'endort (!) jusqu'au lendemain après midi, est découverte agitée, incontinente, en coma vigile J1 à l'hôpital : dans la soirée ne répond pas aux questions, état stuporeux, catatonie, pas de fièvre, mydriase, Na118, Mg 0,64, osmolalité plasma 247, urines 970, QT 0,46	<u>MDMA</u> sang : 50 urines : positif Pas d'autres pro- duits	H18 : ECG normale, régression my- driase, reprend conscience, amné- sie s'étendant sur 40h <u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>
n° 76 Satchell et Connaughton, 1994 GB	F 24 1 cp d'E avec un peu d'alcool au cours d'une « rave »	H6 : crise convul- sive généralisée pendant 5 mn, sui- vie de vomisse- ments A l'hôpital : confu- sion, irritabilité, tachycardie, my- driase, hypersuda- tion, agitation, T° 38° H6 : coma (scanner normal), Na 120, K 3,3	<u>H10 : MDMA</u> sang : 50 <u>Amphétamine</u> sang : 6	TRT : correction de l'hyponatrémie J2 : reprise cons- cience CPK 10 000 J3 : CPK > 30 000 J4 : CPK > 40 000 puis ↓ J6 : <u>Guérison</u>

n° 77	F 23, prises antérieures d'E bien tolérées	H8 : vomissements puis s'endort (!) H18 : pleure, ne reconnaît plus personne	néant	Régression des signes en 12h, amnésie totale de la nuit précédente
Kessel 1994				
GB	1 cp d'E à 23h, 1 bouteille de vin quelques heures avant	H24 à l'hôpital : stupeur, catatonie, incontinence urinaire, mutisme, mydriase, Na 123		<u>Guérison</u> <u>I5/G4</u>
n° 78	F 30 ans	H4 : malaise H5 : perte de connaissance et convulsions généralisées	néant	H24 : T° 39°, convulsions, rhabdomyolyse, CPK 16 670, urines diluées + +, myoglobi-nurie
Box et coll., 1997	Premier cp d'E ingéré avant une « rave », a bu beaucoup d'eau	H5h30 à l'hôpital : confusion, agitation, coma, convulsions, T°34°, p80, TA 110/70 Babinski bilatéral, Na 117, K 3,1, urines diluées + +		Evolution : non précisée
GB				<u>I4/G4 (?)</u>
n° 79	F 16	H15 : découverte comateuse + mouvements dystoniques, agitation, pas de fièvre, Na 112	MDMA urines : présence aspirat gastrique : présence	Réanimation H 24 : correction électrolytique, reprend conscience, amnésie antéro et rétrograde
Matthai et coll., 1996 (cas 2)	Soirée prend MDMA + alcool va se coucher	Scan : œdème cérébral moyen CPK 1 157		<u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>
GB				
n° 80	F 15	H18 : crise convulsive A l'hôpital : coma, hypertonie, mouvements dystoniques, pas de fièvre, hyper sudation, Na 119, Na urine 6l, CPK 3 249	MDMA urines : présence	Correction électrolytique en 24h
Matthai et coll., 1996 (cas 1)	Dans une soirée où a circulé MDMA, alcool et amphétamine (Amnésique des faits ?)			Reprise de conscience
GB				<u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>
n° 81	F 17, bonne santé	Au cours de la soirée : perte brutale de connaissance A l'hôpital : coma profond, apnée + cyanose, hypothermie 32,4°, Na 118, K 2,7, glycémie 22,7 mmol/l, pH 6,8, hypoxie, acidose mixte, œdème pulmonaire	Réaction immuno-chimique positive aux amphétamines	Réanimation en 48h : correction ionique et acido-basique, coma profond + mydriase Scan : œdème cérébral Diabète insipide H72 : mort cérébrale
Cregg et coll., 1996	Dans une soirée privée, ingère 2 cp d'E (Dove : dessin tourterelle), découverte à l'extérieur de la maison	H24 : CPK 2506		<u>Décès</u> <u>I6/G6</u>
Irlande	Boissons ?			

n° 82	F 20, prises antérieurs d'E	Rapidement : stupeur, incontinence, crise convulsive H9 à l'hôpital : prostration en position de Bouddha, peu de réponse aux ordres, à la douleur, paroles incompréhensibles mydriase, pas de fièvre, Na 112, osmolalité sérum 238, urines 256 Na urine 112, HAD 4,5 pmol/l Scan : œdème cérébral	<u>MDMA</u> urines : positif	Réanimation, IT + VA, Mannitol, corticoïdes 24 : Na 120, extubation J4 : Na 131 <u>Guérison</u> M2 : « Flash-back », anxiété <u>I7/G4</u>
n ° 83	F 20, E depuis 5 mois	Lendemain matin : ne se réveille pas, coma, vomissements, pas de fièvre, mydriase, Na 119, CPK 373, acidose métabolique Scan SNC : RAS TRT : Cl Na IV	<u>MDMA</u> urines : +	H48 : correction, hypoNa, reprend conscience, amnésie de la soirée avant hospitalisation <u>Guérison</u> <u>I7/G4</u>
n° 84	F 15, bonne santé	H5 : vomissements, puis confusion, mouvements convulsifs H10 : perte de connaissance brutale + arrêt respiratoire alors qu'elle descend des escaliers (environ 12 minutes d'apnée et d'hypoventilation en attendant les secours), tachycardie, pouls présent, IT + VA Hôpital	<u>MDMA</u> sang : 50 urines : 430 sur prélèvement à J3	Soins intensifs, Na 125, CPK 384, œdème cérébral, OAP, réanimation intensive efficace mais mort cérébrale <u>J3 : décès</u> <u>I7/G6</u>