



Extrait du Urgences-Online

<http://urgences-serveur.fr/prise-en-charge-medico-judiciaire-d,946.html>

Prise en charge médico-judiciaire d'un transporteur intracorporel de stupéfiants



- Protocoles - Hospitalier - UMJ Hôtel Dieu (Paris) -
Date de mise en ligne : mercredi 19 octobre 2005

Urgences-Online

L'objectif du transport intracorporel est d'introduire de la drogue dans un pays.

- ▶ Le trafic transcontinental concerne surtout la cocaïne. La drogue est ingérée par des passeurs en provenance des pays producteurs, essentiellement d'Amérique du Sud.
- ▶ Le transport continental concerne la cocaïne, l'héroïne, les amphétamines et le cannabis. La drogue, destinée à la consommation ou à la revente, est transportée après insertion dans les cavités rectale ou vaginale. Les sujets sont en provenance d'Europe du Nord et d'Espagne.

INGESTION DE STUPEFIANTS DANS LE CADRE DU TRAFIC INTERNATIONAL

Origine des passeurs et nature des stupéfiants ingérés

Les sujets interpellés par le service des douanes ou la police dans les aéroports internationaux. La drogue transportée est presque exclusivement de la cocaïne. La majorité des passeurs vient d'Amérique du Sud.

Caractéristiques des dispositifs ingérés

- . La drogue est conditionnée dans des emballages. Le dispositif porte le nom de « boulettes », (forme oblongue : 5 cms de long pour 2 cms de diamètre).
- . Chaque « boulette » contient entre 3 à 10 g . Un passeur ingère 30 à 100 « boulettes » .
- . Emballages : plusieurs couches de latex, de cellophane ou de ruban adhésif, parfois résine ou paraffine . Ils sont dans la grande majorité des cas, solides et peu perméables. **Leur évaluation est un temps essentiel de la prise en charge initiale des patients.**



exemple de type de "boulettes"

Diagnostic positif

- Interrogatoire :

Nombre de boulettes ingérées , date de l'ingestion, nature de la drogue, constitution des enveloppes, consommation habituelle de stupéfiants, antécédents médicaux (notamment cardiovasculaires, épileptiques ou chirurgie

abdominale),traitements en cours.

- Examen clinique :

Recherche des signes d'intoxication ; **leur présence impose l'hospitalisation en unité de soins intensifs**. La palpation abdominale recherche des signes d'occlusion. Le toucher rectal systématique n'est pas nécessaire .L'examen clinique est le plus souvent normal.

- Détection urinaire des stupéfiants

Tests immuno-enzymatiques (seuil de positivité : 300ng/ml pour la cocaïne et les opiacés). La positivité reflète une consommation récente, un simple contact avec le toxique au moment de l'ingestion ou une diffusion du stupéfiant à travers les enveloppes : **résultats à confronter aux signes cliniques** . Recherche initiale négative dans près de 50% de cas

- Examens radiologiques

ASP de face +++ prenant les coupes et rectum de profil

Scanner abdo : dans les rares cas d'interprétation difficile.

Echographie, moins sensible, peut-être utile chez la femme enceinte.



Cliché d'ASP : boulettes ingérées, visualisées dans le recto-sigmoïde

- Autres examens complémentaires

ECG initial systématique : recherche une cardiopathie ischémique ou de troubles du rythme.

BHCG en cas de doute avant les radiographies.

Iono s. initial systématique : recherche une dyskaliémie (favorisant les troubles du rythme) .

Surveillance et thérapeutique

Hospitalisation systématique :

En l'absence de signes cliniques : service de médecine **avec réanimation à proximité**.

En présence de signes cliniques d'intoxication : soins intensifs.

Traitement médical :

- ▶ Voie d'abord veineuse (garde veine)
- ▶ Huile de paraffine (100ml x 3/j) ; Trimébutine (2 gel x 3/j) ; alimentation enrichie en fibres, mobilisation (réduire les périodes d'alitement).

Surveillance clinique toutes les 3 heures :

recherche de signes d'intoxication cocaïnique ou opiacée (pouls, TA , conscience,FR) ou d' occlusion (surveillance du transit) **dont la présence impose le transfert en soins intensifs et de discuter l'extraction chirurgicale .**

Surveillance paraclinique quotidienne :

radiologique, toxicologique, aspect des emballages.

Sortie de l'hôpital autorisée si :

absence de corps étrangers sur les radiographies, absence de boulettes dans deux selles consécutives et négativation des analyses toxicologiques urinaires.

Traitement des complications

Les complications engageant le pronostic vital sont rares (<1%) : intoxication aigue après rupture des enveloppes et occlusion intestinale par obstacle mécanique.

Extraction chirurgicale par laparotomie, toujours indiquée. Elle doit être complète. Explorations endoscopiques contre-indiquées (risque de rupture induite).

Le traitement de l'intoxication aigue comprend, l'extraction chirurgicale des corps étrangers, un traitement symptomatique et un traitement spécifique en cas d'intoxication par l'héroïne (hydrochloride de Naloxone : 1 amp. dans 10 cc ; injecter ml/ml en IV, toutes les 2 à 3 min jusqu'à ventilation suffisante). L'intoxication cocaïnique fait appel à divers médicaments visant à prévenir ou traiter les principales complications : benzodiazépines (Clonazépam, Midazolam) pour les crises convulsives, dérivés nitrés, alpha-bloquants (Labetolol : 1 à 2 mg/kg en IVL), bêta-bloquants (Propanolol) et inhibiteurs calciques (Nicardipine) pour les complications cardiovasculaires comme les troubles de l'excitabilité cardiaque, les poussées hypertensives et l'ischémie coronarienne (pas de consensus thérapeutique).

Aspects médico-légaux et prise en charge médico-judiciaire

Les passeurs sont le plus souvent interpellés dans les aéroports internationaux par l'administration des douanes . Ils sont soumis à un dépistage urinaire de stupéfiants et à un examen radiologique réalisé dans les services médicaux des aéroports ou après conduite à l'hôpital, sur réquisition douanière (art 60 bis et 363 du code des douanes).

Dès que l'infraction est constituée , la procédure douanière est relayée par la procédure policière. Le sujet est placé en garde à vue pendant 96 heures . Celle-ci se déroule à l'hôpital . Le transport de l'aéroport à l'hôpital peut se faire dans un véhicule non médicalisé **en l'absence de signes cliniques et si les emballages sont de bonne qualité**. Dans les cas contraires , **un transport par Smur, doit être organisé**.

Pendant la garde à vue, le sujet subit un examen médical par tranche de 24 h. Le retour dans les locaux de police n'est possible qu'après élimination complète des corps étrangers, récupérés par la police. Au décours , le sujet est déféré devant un magistrat du parquet qui décide des suites judiciaires immédiates (placement sous mandat de dépôt le plus souvent).

TRANSPORT DE STUPEFIANTS PAR INSERTION RECTALE OU VAGINALE

Origine des passeurs et nature des stupéfiants transportés

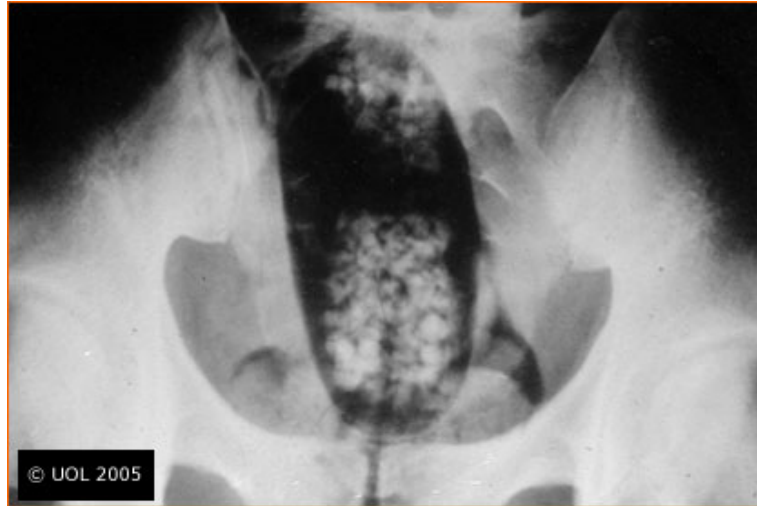
Quantité de drogue plus faible (10 à 20 g) ; destinée à la consommation personnelle ou à la revente. De nature variée : cocaïne, héroïne, amphétamines ou cannabis. Les sujets sont le plus souvent interpellés dans les gares internationales, en provenance d'Europe du Nord ou d'Espagne.

Caractéristiques des dispositifs insérés

Plus volumineux : 10 cms de longueur pour quelques centimètres de largeur et en petit nombre (1 ou 2 le plus souvent). L'enveloppe comprend plusieurs couches de latex, cellophane, film plastique et ruban adhésif diversement associées.

Diagnostic positif

- ▶ Interrogatoire et examen clinique : cf ingestion.
- ▶ Détection urinaire : fréquemment positive chez ces sujets consommateurs.
- ▶ Examens radiologiques : ASP de face et rectum de profil font le plus souvent le diagnostic.



Cliché d'ASP : "boudin" inséré, visualisé en intra-vaginal

Surveillance et thérapeutique

- ▶ Le retrait du corps étranger doit être pratiqué par le sujet en présence du médecin, après pose d'une voie veineuse. L'élimination rectale peut-être facilitée par l'application de vaseline ou d'un laxatif (type Normacol).
- ▶ Lorsque l'exonération est difficile, des touchers pelviens réalisés avec prudence peuvent être effectués. La rectoscopie est proscrite (risque de rupture).
Après expulsion, dans un contexte judiciaire, les corps étrangers sont saisis par la police. L'hospitalisation n'est le plus souvent pas nécessaire sauf pour les sujets non coopérants

CAS PARTICULIER : LES « AVALEURS DE RUE »

« Dealers » ingérant précipitamment des doses de revente , pour échapper aux poursuites.

Nature de la Drogue :

Cocaine (crack +++), héroïne.

Quantité de drogue ingérées :

Quelques grammes. Risque théorique d'intoxication plus important car emballages de moins bonne qualité. En pratique, intoxications rares car les produits sont impurs et les emballages souvent conçus pour un transport intrabuccal.

Diagnostic positif difficile :

Interrogatoire rarement contributif, les sujets niant le plus souvent l'ingestion. Corps étrangers peu visibles sur les radiographies. Analyses toxicologiques peu déterminantes car fréquemment positives du fait d'une consommation récente (leur négativité n'excluant pas pour autant le diagnostic) => Le diagnostic repose sur la clinique et les conditions de l'interpellation précisées par la police ou des témoins.

Prise en charge :

Hospitaliser au moindre doute (risque potentiellement élevé de rupture). Pose de voie veineuse systématique.

Surveillance intensive pendant les 6 heures suivant l'ingestion (risque maximal de rupture) : pouls, TA , conscience , pupilles toutes les heures.

Charbon activé per os (intérêt jamais été évalué).

En présence de signes d'intoxication aigue : **transfert en soins intensifs**. Indication chirurgicale à discuter au cas par cas.

Au delà d'un délai de six heures, même si bilan initial négatif et en l'absence de signes cliniques, l'hospitalisation est préférable quand l'ingestion est fortement suspectée => surveillance identique à l'ingestion de « boulettes ». Sortie autorisée après 2 selles normales et négativation des toxiques urinaires.

Références

- ▶ [Prognosis of cocaine body-packers. de Prost N. et coll. Intensive Care Med. 2005 Jul ;31\(7\):955-8.](#)
- ▶ Mac Carron MM, Wood JD ; The cocaine body-packers syndrome. Diagnosis and treatment ; J Am Med Assoc. 1983 ; 250 : 1417 - 1420.
- ▶ Marc B, Baud F, Garnier M, Diamant-Berger O. Dissimulation intracorporelle de stupéfiants. Med Thérap 1996 ; 2 : 687 - 694.
- ▶ Sporer KA, Firestone J ; Clinical course of crack cocaine body stuffers. Ann Emerg Med 1997 ; 29 (5) : 596 - 601.
- ▶ Scaper A ; Cocaine body packing. Infrequent indication for laparotomy. Chirurg 2003 ;157(7) : 174 - 7.
- ▶ Megarbane B, Elkherian JM, Couchard AC . Surgery to save body - packers . Ann Fr Anesth. Reanim. 2004 ; 23 (5) : 495 - 498.
- ▶ Cregler L, Mark H. Medical complication of cocaine abuse. N Engl.J.Med.1996 ; 38 : 111-16.
- ▶ Conférence de consensus : intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. F Questel : Transport intracorporel de stupéfiants. 2-3 Décembre 2004.