

Rapports et communiqués

Rapport adopté le 8 décembre 2009

Prise en charge des urgences allergiques sévères

RAPPORT

Au nom de la Commission IX (Chirurgie-Anesthésiologie-Réanimation-urgences)

Prise en charge des urgences allergiques sévères

Alain LARCAN* et Anne MONERET-VAUTRIN**

L'anaphylaxie sévère se définit par l'association de symptômes cardio-vasculaires, respiratoires, cutanés et digestifs, d'apparition immédiate après le contact avec l'allergène, menaçant potentiellement la vie [13-16]. Les quatre expressions cliniques en sont le choc anaphylactique caractérisé par la survenue d'un collapsus cardio-vasculaire associé à des manifestations cutanées, respiratoires et digestives, la réaction systémique sérieuse portant sur deux organes ou plus, l'angioedème laryngé à risque de suffocation, le bronchospasme aigu. Dans plus du tiers des cas, le choc anaphylactique récidive dans les mois ou années suivantes [14].

L'anaphylaxie sévère connaît une inquiétante progression d'incidence depuis 10 ans, touchant aussi bien les jeunes enfants que les adultes âgés [2, 3, 6, 11]. Parmi les étiologies principales (aliments, médicaments, venins d'hyménoptères), l'anaphylaxie alimentaire prédomine: 1 à 3 sujets sur 10 000 habitants. Elle est source de préoccupations particulières pour la vie scolaire et la fréquentation des cantines. La mortalité, estimée à 0,7% en 2001, 1,3% en 2004 est de 1,48% dans la statistique cumulative – 2001-2007- du Réseau Allergo-Vigilance [8]. L'impact économique est net puisque le coût de l'anaphylaxie sévère est évalué en France entre 1895 et 5610 euros par patient [4].

L'analyse des déclarations enregistrées par le Réseau Allergo-Vigilance, comprenant 414 allergologues, attire l'attention sur une série de constatations de plus en plus fréquentes, et indique une insuffisance de prise en charge, ce qui accroît la sévérité.

Le temps pré-hospitalier est dominé par la disparité des structures appelées, la méconnaissance fréquente des critères de gravité et du risque de la mise en orthostatisme en cas de collapsus [13]. L'utilisation d'adrénaline, tant en ce qui concerne ses indications que la voie d'administration préférable, est aléatoire. Lors de l'accueil en service d'Urgences, lorsque le symptôme est un angio oedème de la face voire de la langue ou déjà du pharynx, se manifestant par une dysphagie, la gravité potentielle de l'angioedème laryngé apparaît sous-évaluée si la voix n'est pas écoutée. Le diagnostic repose sur l'apparition d'une dysphonie et d'une dyspnée laryngée. Le taux de tryptase sérique, examen biologique d'urgence recommandé devant toute réaction d'allure anaphylactique, n'est jamais pratiqué. La durée de surveillance peut être insuffisante, eu égard au risque d'anaphylaxie biphasique, se reproduisant plus de 4 heures après les premiers symptômes. L'absence d'incitation à une consultation allergologique est fréquente. La prescription d'une trousse d'urgence est insuffisamment faite. La transmission d'un compte-rendu précis à l'intention d'un allergologue n'est pratiquement jamais réalisée. Les informations des données de la CIM-10 confirment que la majorité des chocs anaphylactiques reste d'étiologie inconnue au moment de l'urgence.

L'analyse de la situation actuelle tant en France qu'à l'étranger fait clairement apparaître que des données épidémiologiques précises sont nécessaires pour améliorer la prise en charge de l'anaphylaxie sévère, tant pour sa prévention que pour son traitement [14, 17] : elles concernent les multiples facteurs de risque déclenchant ou aggravant l'anaphylaxie sévère, pour lesquels la prévalence est ignorée : âge avancé, cardiopathie, mastocytose latente, interférences pharmacologiques de certaines classes médicamenteuses., alcool exercice... [5, 9, 10]. Elles sont également requises pour préciser la part de l'anaphylaxie sévère dans l'ensemble des réactions allergiques immédiates modérées [1], pour connaître l'incidence de l'asthme aigu grave comme expression de l'anaphylaxie, et pour identifier les cas mortels [13, 17]. Elles sont indispensables pour fixer définitivement les doses nécessaires d'adrénaline puisque des études randomisées ne sont pas envisageables dans l'anaphylaxie sévère.

La diversité des intervenants et l'absence trop fréquente de coordination, le caractère imprécis des diagnostics au temps de l'urgence, les insuffisances de prise en charge thérapeutique, eu égard en particulier à l'angioedème laryngé et à l'anaphylaxie biphasique, l'insuffisance du temps de surveillance, l'absence fréquente de conseils de bilan allergologique, seul à même d'identifier les causes et de prévenir les récurrences, sont les multiples aspects de la situation actuelle de l'anaphylaxie sévère en France.

L'ensemble des mesures à prendre reste susceptible d'amélioration et devrait faire l'objet de recommandations. De telles recommandations issues de groupes de travail associant des professionnels des urgences et des allergologues sont disponibles en Amérique du Nord, au Royaume-Uni et, pour l'enfant, en Europe [12, 15, 19].

Ces recommandations ont un double objectif : d'une part, améliorer la prise en charge de l'anaphylaxie sévère, d'autre part recueillir des données épidémiologiques exhaustives fondées sur le recueil prospectif des cas d'anaphylaxie grave intégrant l'angioedème laryngé et l'asthme aigu grave.

· Si le cursus des études médicales intègre dans le module des Urgences une formation spécifique aux aspects cliniques et thérapeutiques de l'anaphylaxie sévère, cette formation doit aussi être intégrée dans la formation médicale continue des professionnels des services d'urgence, en insistant sur les aspects nouveaux marqués par la fréquence de l'angioedème pharyngo-laryngé allergique, et le risque souvent ignoré de l'anaphylaxie biphasique.

· En situation d'urgence, le centre de régulation doit s'assurer d'un déplacement médical sur place, d'un transfert en milieu hospitalier, et déconseiller totalement la conduite automobile par le patient.

· L'utilisation d'adrénaline intra-musculaire (0,15 mg chez l'enfant de plus de dix kilos et de moins de 12 ans, 0,30 mg

chez le grand enfant et l'adulte, voire 0,60mg chez l'adulte) est indiquée en cas de chute tensionnelle accompagnant les symptômes cutanés, digestifs et respiratoires, mais aussi en cas de dysphonie et/ou de dysphagie, signes d'alarme de gravité, si ceux-ci ne régressent pas rapidement après injection intraveineuse de corticoïdes [12, 19]. Son efficacité est liée à la rapidité de l'injection après l'installation des symptômes [15]. L'avis du spécialiste ORL dans l'urgence doit être sollicité afin qu'une laryngoscopie puisse éventuellement préciser l'indication (exceptionnelle) d'une trachéotomie.

- Le dosage systématique de tryptase est préconisé non seulement comme paramètre de sévérité, mais également pour dépister une mastocytose latente [18].

- Il faut recommander un allongement du temps de surveillance en milieu hospitalier. Celui-ci devrait être de huit heures dans les cas de réaction systémique sans chute tensionnelle, et de 24 heures en cas de choc anaphylactique avéré [7, 12].

- Le diagnostic d'anaphylaxie sévère en cas de choc comme en cas d'angioedème laryngé doit entraîner la prescription d'une trousse d'urgence avec adrénaline auto-injectable, et l'éducation du patient à l'auto-injection intra-musculaire.

- La remise au patient d'un compte-rendu des interventions professionnelles d'urgence doit être faite, afin qu'il le transmette à l'allergologue. Ce compte-rendu, en effet, est un élément indispensable d'appréciation des risques de récurrence et d'adaptation des mesures de prévention dès lors que l'étiologie sera identifiée. L'informatisation des services d'urgence pourra établir un lien systématique avec les services hospitaliers d'allergologie qui se sont portés volontaires pour constituer des centres pilotes, et/ou avec le Réseau Allergovigilance.

- Il est impératif qu'une incitation des patients à une consultation allergologique dans les deux mois suivants soit systématique [1, 7]. Les missions de l'allergologue sont en effet nombreuses : faire le diagnostic étiologique, caractériser les réactions croisées entre allergènes voisins, identifier les facteurs de risque cliniques, détecter par la biologie d'autres facteurs de risque, remettre des régimes d'éviction alimentaire, ou porter une contre-indication à la prescription éventuelle de certaines classes pharmacologiques, instituer une immunothérapie spécifique (venins d'hyménoptères), expliquer les conduites de la vie courante devant minimiser le risque de récurrence, sécuriser la vie des enfants en collectivité, scolaire en particulier, instituer une trousse d'urgence et en expliquer l'utilisation selon les symptômes, voire procéder à un signalement aux SAMU régionaux en cas de risque extrêmement sévère.

- La déclaration du cas au Réseau Allergovigilance devrait être systématique (reseau.allergovigilance@chu-nancy.fr).

Un modèle de déclaration standardisée mis au point par des membres du projet de coordination pourrait être généralisé. Il décrit les symptômes, leur durée, le traitement, la durée de surveillance, la prescription de sortie détaillant la composition de la trousse d'urgence prescrite,

- Il est nécessaire d'instituer une coordination des services d'urgence et des services d'allergologie et/ou des allergologues. Celle-ci peut être mise en place par des représentants des sociétés scientifiques, la Société Française d'Allergie (SFA), la Société française de Médecine d'Urgence (SFMU), la Société Française d'Anesthésiologie et de Réanimation (SFAR).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bellou A., Manel J., Samman-Kaakagi H., de Korwin J.D., Moneret-Vautrin D.A., Bollaert P.E. - Spectrum of acute allergic diseases in an emergency department: an evaluation of one years' experience. *Emerg. Med. (Fremantle)*, 2003, 15: 341-7.
- [2] Decker W.W., Campbell R.L., Manivannan V., Luke A., St Sauveur J.L., Weaver A. and al - The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester, Minnesota: A report from the Rochester Epidemiology Project. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2008, 122:1161-5.
- [3] De Swert L.F., Bullen D., Raes M., Dermaux A.M. - Anaphylaxis in referred pediatric patients: demographic and clinical features, triggers, and therapeutic approach. *Eur. J. Pediatr.*, 2008, 167:1251-61.
- [4] Flabbee J., Petit N., Jay N., Guénard L., Codreanu F., Grand J.L. et al - The economic costs of severe anaphylaxis in France: an inquiry carried out by the Allergy Vigilance Network. *Allergy*, 2008, 63: 360-65.
- [5] Gonzalez de Olano D., de la Hoz Caballer B., Nunez Lopez R., Sanchez Munoz L., Cuevas Agustin M., Dieguez M.C. - Prevalence of allergy and anaphylactic symptoms in 210 adult and pediatric patients with mastocytosis in Spain: a study of the Spanish network on mastocytosis (REMA). *Clin. Exp. Allergy*, 2007, 37: 1547-55.
- [6] Gupta R., Sheikh A., Strachan D.P., Anderson H.R. - Time trends in allergic disorders in the UK. *Thorax*, 2007, 62:91-6.
- [7] Kemp S.F. - The post-anaphylaxis dilemma: how long is long enough to observe a patient after resolution of symptoms? *Curr. Allergy Asthma. Rep.*, 2008, 8: 45-8.
- [8] Moneret-Vautrin D.A., Morisset M., Flabbee J., Beaudouin E., Kanny G. - Epidemiology of life-threatening and lethal anaphylaxis: a review. *Allergy*, 2005, 60: 443-51.
- [9] Moneret-Vautrin D.A., Latache C. - Médicaments facteurs de risque de sévérité de l'anaphylaxie alimentaire de l'adulte. Etude cas-contrôle. *Bull. Acad. Médecine*, 2009 (à paraître).
- [10] Mueller U.R. - Cardiovascular disease and anaphylaxis. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.*, 2007, 7: 337-41.
- [11] Mullins R.J. - Paediatric food allergy trends in a community-based specialist allergy practice, 1995-2006. *Med. J. Aust.*, 2007, 186, 618-21.
- [12] Muraro A., Roberts G., Clark A., Eigenmann P.A., Halken S., Lack G., Moneret-Vautrin A., Niggemann B., Rance F. - The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergology and clinical immunology. *Allergy*, 2007, 62: 857-7.

- [13] Pumphrey R. - Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin. Exp. Allergy*, 2000, 30: 1144-50.
- [14] Ross M.P., Ferguson M., Street D., Klontz K., Schroeder T., Luccioli S. et al. - Analysis of food-allergic and anaphylactic events in the National Electronic Injury Surveillance System. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2008, 121: 166-71.
- [15] Sampson H. - Symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. *J. All. Clin. Immunol.*, 2005, 115: 584-91.
- [16] Simon M.R., Mulla Z.D. - A population-based epidemiologic analysis of deaths from anaphylaxis in Florida. *Allergy*, 2008, 63: 1077-83.
- [17] Simons F.E. - 9. Anaphylaxis. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2008, 121(2 Suppl): S402-7, quiz S420.
- [18] Simons F.E., Frew A.J., Ansoategui I., Bochner J., Golden B.S., Finkelman D.B., et al - Risk assessment in anaphylaxis: current and future approaches. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2007, 120(1 Suppl): S2-24.
- [19] Soar J., Pumphrey R., Cant A., Clarke S., Corbett A., Dawson P. et al. - Emergency treatment of anaphylactic reactions-guidelines for healthcare providers. *Resuscitation*, 2008, 77: 157-69.

*
* * *

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 8 décembre 2009, a adopté le texte de ce rapport à l'unanimité.

Pour copie certifiée conforme,

Le Secrétaire perpétuel,

Professeur Jacques-Louis BINET

14/01/2010

* Membre de l'Académie nationale de médecine

** Membre correspondant de l'Académie nationale de médecine