



ELSEVIER
MASSON



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue française d'allergologie 54 (2014) 199–202

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Médicaments et trousse d'urgence chez le patient allergique

Medicines, first-aid kit and allergic patients

J. Dubost

Service d'anesthésie-réanimation, unité d'allergo-anesthésie, CHU Lyon Sud, 69495 Pierre-Bénite, France

Disponible sur Internet le 20 mars 2014

Résumé

Autant la prise en charge d'un choc anaphylactique en situation intrahospitalière est bien codifiée et relativement facile, autant en situation extrahospitalière, le problème est tout autre et particulièrement difficile. C'est l'adrénaline qui en est le traitement, elle doit être administrée le plus tôt possible et à dose efficace. Il faut donc sélectionner les patients qui seront porteurs d'adrénaline, écrire un algorithme décisionnel adapté, faire l'éducation thérapeutique de ces patients à haut risque et constituer une trousse d'urgence. Cette trousse doit comporter les médicaments nécessaires à la prise en charge d'un accident allergique. Outre les kits auto injectables d'adrénaline, elle doit comporter antihistaminiques, corticoïdes oraux et un bronchodilatateur.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Choc anaphylactique ; Adrénaline auto injectable ; Trousse urgence ; Patient allergique

Abstract

While the management of a case of anaphylactic shock occurring in a hospital is usually well organized and relatively easy, when it occurs outside the hospital, the problem is completely different and particularly difficult. The essential treatment, adrenaline, has to be administered as soon as possible and at an effective dose. As a consequence, patients who are selected to carry adrenaline with them have to be identified and an algorithm developed for them. These high-risk patients must undertake self-management education and a first-aid kit has to be prepared for them. This kit should contain all the necessary medicines to be taken in case of an allergic reaction: an adrenaline auto-injector kit, an antihistamine, an oral corticoid and a bronchodilator.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Allergic patients; Anaphylactic shock; Self-management; First-aid kit; Adrenaline auto-injector

1. Introduction

Ne posez surtout pas la question de la prise en charge d'un choc anaphylactique à un anesthésiste-réanimateur hospitalier !

Il vous répondrait que sans un cardioscope, un défibrillateur, un respirateur, de quoi piquer et remplir, le matériel d'intubation et un litre d'adrénaline, il ne peut pas intervenir !

Tout cela n'est pas la vraie vie, et surtout pas celle du patient allergique sévère, de son médecin traitant et de son entourage.

En effet, même si le meilleur endroit pour présenter un choc anaphylactique reste le bloc opératoire ou le service de réanimation, c'est à l'extérieur de l'hôpital que l'accident survient le plus souvent.

Le choc anaphylactique est un accident grave, imprévisible, et pouvant devenir rapidement fatal s'il est incorrectement pris en charge.

Si tout médecin doit connaître cette prise en charge, c'est au patient lui-même (ou à son entourage) d'intervenir rapidement si l'accident est sévère.

Se pose alors la problématique de l'accessibilité d'une trousse d'urgence, de son contenu, d'un algorithme décisionnel, et de l'éducation thérapeutique du patient et de l'entourage (familial ou professionnel).

2. Mécanismes, épidémiologie

Le choc anaphylactique est une urgence vitale. Son traitement, fait au plus tôt et à dose efficace, est l'adrénaline [1,2].

Adresse e-mail : jacques.dubost@chu-lyon.fr.

C'est une amine sympathomimétique, hormone de la famille des catécholamines, sécrétée par les glandes médullo-surrénales. Sa demi vie est très courte (2 à 3 minutes), et elle agit sur les récepteurs alpha et bêta.

Au niveau des récepteurs alpha, elle entraîne une vasoconstriction (en opposition à la vasodilatation et aux troubles de perméabilité capillaire du choc). Sur les récepteurs bêta, elle est bronchodilatatrice (en opposition à la bronchoconstriction de la crise d'asthme). Elle agit également sur le prurit, l'urticaire et l'angio-œdème.

C'est donc le seul médicament du choc anaphylactique et de l'hypersensibilité non allergique sévère.

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité immédiate, systémique sévère, avec pronostic vital mis en jeu (type I de Gell et Coombs).

Pour cette urgence vitale, une décision thérapeutique doit être prise rapidement. Il est souvent décrit un retard, voire l'absence d'administration d'adrénaline, avec une lourde mortalité [3,4].

Or, la médiane de temps entre le contact allergénique et l'accident est d'autant plus courte, que celui ci est grave.

Elle serait de 3/10 minutes pour un contact intraveineux (antibiotique ou autre), de 15/30 minutes pour une piqûre (médicament, serpent), de 30/120 minutes pour une absorption per os (médicament ou aliment), et 15/30 minutes après un contact au latex [5].

Les accidents anaphylactiques, difficiles à quantifier sont estimés à environ 5000 par an en France avec une mortalité de 50 à 200 [5].

Cela concerne plus particulièrement les enfants et les patients ayant déjà présenté un accident grave avec hospitalisation.

Les allergènes responsables sont les allergènes alimentaires (surtout les enfants, 3 fois plus que les adultes, accidents multipliés par 2 en 5 ans), les médicaments (surtout les antibiotiques), le latex et les venins [5].

Les urgences de type hypersensibilité immédiate graves ont été multipliées par 5 en 5 ans, il s'agit donc d'un problème de société important.

3. Clinique

Les 3 angoisses les plus importantes pour l'allergique sévère (et son médecin) sont principalement :

- l'œdème laryngé (asphyxie) ;
- le bronchospasme sévère (asphyxie) ;
- et le choc anaphylactique évoluant vers l'arrêt cardiaque.

Il existe 5 types de signes cliniques, 3 dits mineurs précurseurs et 2 majeurs, mais pouvant apparaître d'emblée.

Selon la gravité clinique, il existe 4 grades de sévérité, décrits par Ring et Messmer.

Ces grades cliniques vont être la base de la décision thérapeutique (algorithme décisionnel).

3.1. Les signes mineurs

Les signes mineurs sont :

- cutanés : urticaire plus ou moins étendue, prurit, angio-œdème du visage et de la bouche ;
- digestifs : douleurs abdominales, nausées, vomissements ;
- neurologiques : céphalées, agitation, désorientation, confusion, paresthésies des membres ou des lèvres.

3.2. Les signes majeurs

Les signes majeurs, vitaux sont :

- respiratoire : toux, dyspnée, bronchospasme, œdème de Quincke ;
- cardiovasculaires : tachycardie (rarement bradycardie), pouls filant, hypotension artérielle, arythmie, puis tension imprévisible et arrêt cardiaque.

3.3. Les 4 grades de sévérité

Les 4 grades de sévérité sont :

- grade I : signes cutanéomuqueux et angio-œdème ;
- grade II : signes systémiques modérés, avec atteinte multi viscérale \pm G I ;
- grade III : signes systémiques graves avec ou sans bronchospasme, pronostic vital en jeu \pm G I ;
- grade IV : arrêt cardiorespiratoire.

On parle de choc anaphylactique pour les grades III et IV.

Le but du traitement sera d'empêcher l'évolution vers les grades III et IV, et de rétablir le plus tôt possible les pressions de perfusion prioritaires.

4. Traitement

Il repose principalement sur l'adrénaline.

En fonction des signes cliniques, de la sévérité du tableau, des circonstances et des antécédents du patient, il est possible de proposer un schéma thérapeutique et une liste de médicaments à mettre dans la trousse d'urgence.

En dehors de cette trousse, le traitement débute par des mesures simples qui sont : le retrait de l'allergène quand cela est possible (gants latex, dard...), la position de Trendelenburg (couché, jambes en l'air : remplissage rapide de 500 mL), position de sécurité et oxygénothérapie si possible (cabinet de médecin, dentiste).

Si le patient est en arrêt cardiaque, selon les témoins (professionnels de santé, ou pas), il faudra, quand cela est possible, brancher un défibrillateur automatique, et/ou pratiquer le massage cardiaque externe (MCE : 100 pressions/min, sans ventiler pendant 5 minutes, puis en l'absence d'aide, 30 massages pour 2 ventilations au bouche à bouche).

Le traitement selon les grades :

- grade I : signes cutanéomuqueux : antihistaminiques (anti-H1) per os :
 - si œdème : anti-H1 + corticoïde per os,
 - si angio-œdème laryngé : corticoïde per os (forte dose) ou voie intramusculaire (IM), appel au 15 et hospitalisation (si possible) ;
- grade II : anti-H1 + corticoïdes per os (ou IM, ou IV) :
 - si bronchospasme : bêta-2-mimétique (salbutamol) en aérosol ou par chambre d'inhalation,
 - si pouls petit et filant ou bronchospasme ne cédant pas, ou antécédent de séjours en réanimation : adrénaline IM à répéter (0,15 mg), SAMU et hospitalisation ;
- grade III : adrénaline IM 0,15 à 0,30 mg à répéter toutes les 5 minutes, SAMU et réanimation (si possible) ;
- grade IV : MCE + adrénaline 0,30 mg à 0,60 mg à renouveler toutes les 2 minutes, jusqu'à récupération d'un rythme cardiaque, SAMU et réanimation.

5. L'adrénaline/épinéphrine

5.1. Quand ? Le plus tôt possible, surtout si antécédent allergique grave

Plusieurs publications ont rapporté son délai d'administration à la mortalité, comme l'étude rétrospective de Sampson (en 1992) [4] qui étudie 13 chocs anaphylactiques chez des enfants porteurs d'une allergie alimentaire : 6 sont décédés (adrénaline non faite ou trop tardivement) et 6 survivants ayant reçu l'adrénaline dans les 5 minutes.

Mais il s'avère en pratique que même les patients disposant de leur dispositif injectable tardent ou n'osent pas faire l'injection. D'où une perte de chance (importance de l'éducation du patient, de son entourage, et du corps médical).

5.2. Comment ?

En extrahospitalier, c'est la voie IM qui est préférable car son absorption (taux plasmatique) est 3 à 4 fois plus rapide que la voie sous-cutanée (la voie intraveineuse et intratrachéale étant difficilement envisageables en extrahospitalier) [6–8].

Elle se présente en seringue à usage unique, auto injectable, disponible en pharmacie à la dose de 0,15 et 0,30 mg.

Posologie : adulte 0,30 mg à 0,60 mg si obésité (90 kg et plus), enfant de 20 kg et moins : 0,15 mg, à renouveler toutes les 5 mins (d'où la nécessité de 2 à 3 seringues dans la trousse ?).

Le lieu d'injection recommandé est la cuisse (face antérolatérale) ou le deltoïde. Conservation 2 ans, à température ambiante (inférieure à 20 °C).

5.3. À qui ?

L'indication de l'adrénaline va dépendre de la gravité du tableau clinique et ne se discute pas pour les grades III et IV (voir les recommandations des sociétés savantes).

Pour le grade II, on tiendra compte de la clinique, des antécédents (choc, œdème de Quincke, état de mal asthmatique, hospitalisation), du type d'allergie (alimentaire) et de la localisation du patient (cabinet, en ville, ou loin de tout secours, ou il n'y a pas de médecin, pompiers, SAMU pouvant intervenir rapidement).

Il faudra respecter les contre-indications (hyper tendu sévère, coronarien...), et calculer le rapport bénéfice/risque, qui est plutôt en faveur d'une utilisation rapide, et à dose efficace.

En effet, l'adrénaline injectée à mauvais escient ou à trop forte dose, peut avoir des répercussions plus ou moins graves, allant de sueurs, maux de tête, convulsions, à des poussées hypertensives malignes, troubles du rythme ventriculaires, et ischémie myocardique pouvant aller jusqu'au décès. Ceci étant beaucoup plus rare chez l'enfant [4].

5.4. Par qui ?

Le patient adulte lui-même ou un tiers si incapacité physique ou mentale ; par le personnel de cantine, école, camp, éducateurs, guides... pour l'enfant avec autorisation de la famille et éducation.

5.5. Localisation ?

Pharmacie à l'infirmierie, sac à dos, trousse dans tout bateau ??...

6. Le contenu de la trousse

Il doit comporter les différents médicaments pouvant traiter les différents grades de la crise allergique.

Il faut y adjoindre l'algorithme décisionnel expliquant l'utilisation de ces médicaments (lequel, combien, comment) [1,2].

Enfin, connaître la localisation de cette trousse (cantine, sac à dos, sac à main), faut-il en mettre une systématiquement dans toutes les collectivités ?

Enfin, qui va vérifier les péremptions et le contenu régulièrement ?

6.1. Antihistaminiques per os (lyoc, sirop ou comprimés : cps)

Exemples :

- desloratadine sirop (0,5 mg/mL) : 1 à 5 ans : 2,5 mL, 6 à 11 ans : 5 mL, plus de 11 ans : cps de 5 mg : 1 à 2 soit 5 à 10 mg ;
- ébastine lyoc de 10 mg : 2 cps soit 20 mg ;
- lévocétirizine cps 5 mg, enfants de 6 ans et au-delà : 1 à 2 cps soit 5 à 10 mg.

6.2. Corticoïdes per os (lyoc, sirop ou cps)

Exemples :

- prednisolone orodispersible 5 mg et 20 mg, enfants de moins de 25 kg : 0,5 à 2 mg/kg, au-delà 2 à 100 mg (4 à 5 cps) ;
- bétaméthasone sirop 0,05 % : 6 à 24 gouttes/kg (soit 150 à 600 gouttes) ;
- méthylprednisolone : cps de 4 et 16 mg, enfants 0,4 à 2 mg/kg, adultes : 4 cps à 16 mg (soit 64 mg) ou plus (pas de limite).

6.3. Bêta-2-mimétique

Salbutamol avec ou sans chambre d'inhalation jusqu'à 20 bouffées.

6.4. Adrénaline

Auto injectable (Jext[®] ou Anapen[®]) 0,15 mg (enfant) et 0,30 mg (adultes) (2 ou 3 ampoules).

7. Conclusion

Il ne sert à rien de disposer d'une trousse d'urgence si le patient ou son entourage n'en connaît pas son contenu, le nom des médicaments, et leur posologie, la technique d'administration ou n'osent pas s'en servir.

La prise en charge du choc anaphylactique en extrahospitalier doit être connue des médecins généralistes, des allergologues, des patients et de leur entourage familial ou professionnel.

Elle repose sur l'adrénaline auto injectable par voie IM, qui doit être administrée le plus tôt possible, à la bonne dose, à bon

escient, et selon les critères de gravité, en fonction d'un algorithme décisionnel pré établi par nos sociétés savantes et adapté à chaque patient. Il en sera de même pour tous les autres médicaments contenus dans la trousse (anti-H1, corticoïdes, salbutamol).

Il faudra donc informer, éduquer les patients et l'entourage (s'il s'agit d'enfants), et évaluer le niveau de l'information, pour être sûr de la bonne utilisation des ces produits le moment venu.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Prévention du risque allergique per-anesthésique.[Texte court] Ann Fr Anesth Reanim 2011;212–22.
- [2] Prise en charge d'un choc anaphylactique. Affiche SFAR www.sfar.org.
- [3] Noimark L, et al. The use of adrenaline autoinjectors by children and teenagers. Clin Exp Allergy 2011;42:284–92.
- [4] Sampson HA, et al. Fatal and near-fatal anaphylactic reactions to food in children and adolescents. N Engl J Med 1992;327:380–4.
- [5] Dewachter P, et al. Prise en charge d'une réaction anaphylactique en extrahospitalier et aux urgences. Ann Fr Anesth Reanim 2007;26:218–28.
- [6] Tetu L, Didier A. La trousse d'urgence en allergologie. Rev Fr Allergol Immunol Clin 2007;47:32–5.
- [7] Dubost J. Du bon usage de l'adrénaline dans les réactions allergiques. Mises au point; 2012 [JIM.fr].
- [8] Rossignol B, et al. Une notice à l'usage du patient bénéficiant d'un stylo d'adrénaline. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2004;36:101–3.