Q et R

Les réactions allergiques graves :

marche à suivre

Marie-Ève Bélanger, MD
Présenté par l'Université de Sherbrooke dans le cadre de *Petites et grandes urgences*, mars 2004

Le cas de Maxime

Vous êtes de garde à l'urgence. Vers midi et demi, Maxime, un jeune homme âgé de 25 ans sans antécédent de maladie grave, se présente, car il s'est fait piquer par une guêpe 30 minutes plus tôt. Seulement 10 minutes après l'incident, une rougeur diffuse, un prurit, de la dyspnée, des nausées et des vomissements se sont manifestés.

À son arrivée, l'examen vous révèle un jeune homme très anxieux présentant un œdème aux lèvres ainsi qu'une réaction urticarienne sur tout le corps. Voici ses signes vitaux :

- Tension artérielle : 130/70 mm Hg
- Rythme cardiaque : 130 battements à la minute
- Rythme respiratoire : 30 respirations à la minute
- Saturation : 98 %

Est-ce une réaction anaphylactique?

Quel est le traitement initial à entreprendre?

Y a-t-il des médicaments à administrer d'urgence?

Combien de temps faut-il le garder sous observation? Maxime doit-il être hospitalisé?

Quelles sont les recommandations à lui transmettre à son départ de l'hôpital?

Qu'est-ce que l'anaphylaxie?

De façon générale, l'anaphylaxie est un syndrome clinique qui représente la réaction allergique systémique la plus grave. Elle implique plusieurs organes cibles, dont la peau et les systèmes et appareils gastro-intestinal, pulmonaire et cardiovasculaire, principalement. Ses manifestations sont très variables (tableau 1). La peau est atteinte dans la majorité des cas (près de 88 %), tandis que des manifestations respiratoires et/ou cardiovasculaires graves sont habituellement nécessaires pour définir cliniquement l'anaphylaxie (spasme laryngé, bronchospasme, présyncope et syncope).

La réaction anaphylactique survient à la suite d'une exposition à un antigène spécifique chez une personne préalablement sensibilisée.

Les symptômes apparaissent généralement rapidement (5 à 30 minutes après l'exposition), mais, parfois, ils peuvent se manifester seulement plusieurs heures plus tard.

Tableau 1
Les principales manifestations de l'anaphylaxie

Cutanées : érythème, bouffée congestive, prurit, urticaire, angiœdème

Orales : prurit et/ou œdème des lèvres, de la langue ou du palais

Respiratoires : congestion nasale, éternuement, stridor, difficulté à avaler, dyspnée, tachypnée, respiration sifflante, toux, oppression thoracique

Cardiovasculaires : dysrythmie, palpitations, présyncope, syncope, douleur thoracique

Gastro-intestinales : nausée, vomissement, douleur abdominale, diarrhée

Autres : larmoiement, prurit oculaire et périoculaire, étourdissement, faiblesse, céphalée

Comment doit-on traiter l'anaphylaxie?

L'épinéphrine

Le patient doit être rapidement dirigé vers une salle de réanimation où on le branchera au moniteur cardiaque et au saturomètre. Le traitement de première ligne, conjointement à la stabilisation primaire (ABC), consiste en l'administration d'épinéphrine 1 pour 1 000 (0,3 à 0,5 mL en mode intramusculaire), à répéter au besoin toutes les 5 à 15 minutes. Selon les dernières informations disponibles, l'administration en mode intramusculaire est plus efficace qu'en mode sous-cutané, car elle permet une absorption plus rapide et plus complète, d'où l'effet d'une concentration plasmatique plus élevée.

Les données statistiques démontrent une corrélation entre le délai d'administration de l'épinéphrine et le pronostic du patient. En fait, plus son administration est retardée, moins favorable sera l'évolution.

L'administration d'épinéphrine en mode intramusculaire à dose usuelle est sécuritaire. La seule contre-indication absolue est la présence de tachyarythmie ventriculaire, tandis que certaines conditions médicales demandent une attention particulière :

1. Personne âgée, maladie cardiaque athéroscléreuse (MCAS) et hypertension artérielle

Les bénéfices dépassent les risques. Par contre, on doit s'assurer d'administrer la plus petite dose possible, et ce, toujours sous monitorage complet.

2. Bêta-bloqueurs

Chez les patients qui font usage de bêta-bloqueurs par voie systémique ou topique, le risque de réaction anaphylactique réfractaire est augmenté. L'efficacité de l'épinéphrine est donc diminuée. De façon paradoxale, les effets indésirables sont exacerbés à cause d'un effet non opposé avec potentiel de complications graves, telles qu'une bradycardie, de

La **Dre Bélanger** est professeure adjointe, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke et urgentologue, CHUS, Hôpital Fleurimont.

l'hypertension, un vasospasme coronarien et une bronchoconstriction. On recommande donc de diminuer de moitié la dose d'épinéphrine utilisée et d'avoir rapidement recours à une médication de rechange devant une situation de non réponse.

3. Antidépresseur tricycliques et inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

Ces médicaments potentialisent les effets de l'épinéphrine, entraînant ainsi un risque plus élevé d'arythmie. On suggère d'utiliser une demi-dose d'épinéphrine chez ces patients.

L'anaphylaxie implique une atteinte de la peau dans la majorité des cas (près de 88 %).

4. Consommation de cocaïne ou présence d'hyperthyroïdie non contrôlée

Ces deux situations sensibilisent le cœur aux effets des cathécholamines. Il faut donc utiliser l'épinéphrine avec prudence chez ces patients.

5. Grossesse

La grossesse représente une contre-indication relative, cela étant dû au risque de vasoconstriction placentaire et d'anoxie fœtale.

Que dire de l'épinéphrine en mode intraveineux?

L'administration d'épinéphrine par voie intraveineuse doit être réservée uniquement aux cas d'anaphylaxie réfractaire, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas de réponse favorable à la suite de l'administration d'au moins deux doses d'épinéphrine en mode intramusculaire ou en présence d'un choc persistant malgré un traitement approprié.

Par aillleurs, lorsqu'elle est indiquée, l'épinéphrine en mode intraveineux doit toujours être administrée en respectant le dosage suivant : 0,5 à 1 cc d'épinéphrine 1 pour 10 000 pendant 5 à 10 minutes. En effet, la majorité des cas d'arythmies fatales et/ou d'infarctus du myocarde surviennent lors d'une utilisation inadéquate d'épinéphrine en mode intraveineux. Bien sûr, l'épinéphrine administrée par voie intraveineuse demeure indiquée en première ligne chez les patients en arrêt cardiorespiratoire.

Les antihistaminiques

Bien qu'ils aient un rôle limité en phase aiguë, les antihistaminiques sont indiqués dans tous les cas d'anaphylaxie et ils doivent être administrés précocément afin de bloquer l'action des histamines circulantes. Généralement, on préconise la diphenhydramine comme antihistaminique H1. Ce dernier peut être administré

par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse. Certains suggèrent l'ajout d'un antihistaminique H2 afin d'obtenir un blocage supérieur des récepteurs histaminiques. Cette combinaison est à considérer, surtout lorsque l'on fait face à une réaction urticarienne réfractaire. L'agent le plus utilisé est la ranitidine. La cimétidine ne devrait plus être utilisée en raison des nombreux effets indésirables qu'elle entraîne.

Les corticostéroïdes

Malgré leur utilisation répandue, l'apport bénéfique exact des corticostéroïdes lors d'une réaction anaphylactique aiguë n'est toujours pas établi.

Par contre, on justifie souvent leur utilisation pour prévenir une récidive retardée des symptômes ou lors d'une réaction biphasique. Les données actuelles sont cependant contradictoires au sujet de leur efficacité réelle lors de telles situations. Par ailleurs, leur efficacité semble être plus certaine pour traiter les cas de bronchospasme persistant ou d'hypotension.

L'administration d'épinéphrine par voie intraveineuse doit être réservée uniquement aux cas d'anaphylaxie réfractaire.

Les autres traitements

Selon les situations cliniques, d'autres modalités thérapeutiques sont à envisager :

1. Anaphylaxie réfractaire

Lors d'une non réponse à l'épinéphrine en mode intramusculaire ou en situation de contre-indication à son utilisation, en plus des traitements alternatifs déjà décrits, l'agent de choix est le glucagon. Celui-ci produit des effets pharmacologiques similaires à ceux de l'épinéphrine auprès de récepteurs enzymatiques différents. Il est également très efficace lors de la prise simultanée de bêta-bloqueurs.

La dose de glucagon recommandée est de 1 mg en mode intraveineux, sous-cutané ou intramusculaire chez l'adulte, à répéter aux 5 minutes, au besoin. La dose pédiatrique n'est pas établie, mais la littérature suggère soit une dose standard de 0,5 mg chez l'enfant et de 1 mg chez l'adolescent.

Le glucagon ayant une demi-vie courte, il est souvent pertinent de débuter une perfusion lors de la réponse initiale.

Et Maxime?

Dès son arrivée, Maxime a été pris en charge et placé sous moniteur cardiaque et saturomètre. On lui a administré de l'oxygène à 2 L/min et une première dose d'épinéphrine en mode intramusculaire, ainsi que de la diphenhydramine et de la méthylprednisolone par voie intraveineuse.

En l'espace de 30 minutes, l'œdème aux lèvres de Maxime a été réduit de près de 50 % et la réaction urticarienne s'est presque résolue. Une heure après son arrivée, les symptômes de Maxime se sont complètement résolus.

À la suite d'une observation de huit heures sans symtômes, Maxime a finalement reçu son congé de l'hôpital avec les recommandations de toujours porter un bracelet MedicAlert et de transporter avec lui une dose d'épinéphrine auto-injectable, en plus d'éviter d'être en contact avec des guêpes. De plus, Maxime a poursuivi un traitement oral de prednisone durant cinq jours, ainsi que la prise de diphenhydramine, au besoin.

À retenir...

- Le traitement initial de l'anaphylaxie, conjointement à l'ABC, est l'administration précoce d'épinéphrine par mode intramusculaire.
- La prise de glucagon doit être considérée lors d'anaphylaxie réfractaire, et ce, particulièrement si le patient fait usage de bêta-bloqueurs.
- L'observation minimale des patients traités pour une réaction anaphylactique doit être de quatre à huit heures sans symptômes.
- Lors du départ du patient, il faut s'assurer que le celui-ci possède une prescription d'épinéphrine auto-injectable et qu'il en connaît les indications et la méthode d'utilisation.

2. Bronchospasme associé

Utiliser des agonistes des récepteurs B2-adrénergiques en inhalation ou en nébulisation.

3. Laryngospasme associé

Administrer de l'épinéphrine (0,5 cc dans 2,5 cc de solution saline en nébulisation). L'administration d'héliox est également indiquée.

4. Hypotension

En plus de la réplétion volémique avec bolus de cristalloïdes, il est possible de débuter l'administration d'un vasopresseur (dopamine, épinéphrine, norépinéphrine).

Admission, observation ou départ?

La réaction biphasique, ou réaction de deuxième phase, survient dans 6 à 20 % des réactions anaphylactiques et apparaît habituellement moins de 8 heures après la résolution initiale des symptômes, mais elle s'est déjà manifestée après 38 heures.

Cette réaction biphasique peut être moins intense, aussi intense ou plus intense que la réaction initiale. De plus, elle est très peu prévisible. En effet, aucun prédicteur n'a pu être identifié, que ce soit la gravité de la réaction initiale, l'agent en cause ou les symptômes présents. Le seul lien retenu jusqu'à maintenant serait une tendance à une réaction biphasique lorsqu'il y a eu délai avant l'administration de l'épinéphrine en mode intramusculaire.

Finalement, tel que mentionné précédemment, il ne semble pas que les corticostéroïdes occupent un rôle déterminant pour diminuer la gravité ou l'incidence de cette réaction de deuxième phase.

C'est donc sur ces observations que les recommandations actuelles sont basées :

1. Observation minimale de quatre à huit heures sans symptômes, pour tous les patients.
2. Lors d'un départ, s'assurer de la fiabilité du patient, de son utilisation de l'épinéphrine auto-injectable au besoin et de la proximité d'un centre hospitalier.
3. Hospitalisation de 24 à 48 heures pour toute réaction jugée modérée à grave ou chez les groupes à risque (personne âgée, MCAS, asthme et prise de bêta-bloqueurs, en particulier).

Quelles sont les recommandations lors du départ du patient?

Tel que mentionné précédemment, le patient ayant subi une réaction anaphylactique doit quitter l'hôpital avec une prescription d'épinéphrine auto-injectable et il doit surtout être au courant des indications et du mode d'utilisation.

Chez l'adulte, on prescrit la dose standard de 0,3 mg. Chez l'enfant, parfois, la situation est plus problématique selon le poids. Voici les recommandations simplifiées les plus récentes :

1. Enfant de moins de 10 kg : dose prégraduée de 0,01 mL/kg d'épinéphrine 1 pour 1 000.
2. Enfant de moins de 20 kg : prescrire l'épinéphrine auto-injectable Junior.
3. Enfant de plus de 20 kg : prescrire l'épinéphrine auto-injectable.

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**

La maladie d'Alzheimer

Il y a de nombreux mythes entourant la maladie d'Alzheimer, par exemple sur la cause et la prévention de la maladie, et sur qui l'aura.

Informez-vous.

Consultez notre site Internet à **www.alzheimer.ca** ou communiquez avec votre société Alzheimer régionale.

L'aide d'aujourd'hui. L'espoir de demain.

Société Alzheimer

Mythe 6 **On peut prévenir la maladie d'Alzheimer.**

Réalité : Comme les causes de la maladie d'Alzheimer ne sont pas connues, rien ne nous permet de conclure qu'on peut prévenir la maladie. Toutefois, il y a un nombre croissant d'indications selon lesquelles les choix de vie qui favorisent le maintien de la forme physique et mentale peuvent réduire le risque. Ces choix comprennent l'activité intellectuelle, l'exercice physique et un bon régime alimentaire constitué de fruits frais, de légumes et de poisson.