



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Congrès de l'Adarpef

Choc anaphylactique peropératoire chez l'enfant : prise en charge et bilan[☆]

Peroperative anaphylactic shock in children: Management and evaluation

M.-M. Lucas-Polomeni^{a,*}, C. Rochefort-Morel^b, Y. Delaval^b

^a Service d'anesthésie réanimation, université Rennes-I, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, 35000 Rennes, France

^b Service de pneumologie-allergologie, université Rennes-I, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, 35000 Rennes, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Pédiatrie
Hypersensibilité
Anaphylaxie
Traitement

Keywords:
Paediatrics
Hypersensitivity
Anaphylaxis
Treatment

RÉSUMÉ

Le choc anaphylactique représente la manifestation la plus grave de l'hypersensibilité, allergique ou non. Au bloc opératoire, cette réaction reste rare en pédiatrie et le latex en reste le premier pourvoyeur chez l'enfant. Quel que soit le mécanisme de la réaction anaphylactique, le diagnostic et le traitement devront être évoqués précocement dès l'apparition des premiers signes cliniques évoquant une hypersensibilité. Le traitement est actuellement bien codifié. Les résultats des bilans biologiques permettront d'avoir des arguments décisifs pour porter des contre-indications médicamenteuses.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Anaphylactic shock is the most severe manifestation of hypersensitivity, whether of allergic origin or not. In the operating theatre, anaphylactic shock is rare in paediatric patients and latex allergy is still the major cause of allergy. Whatever the cause and mechanism of the reaction, its treatment should be started as early as possible: a high level of suspicion is thus necessary to establish a diagnosis as early as possible. Symptomatic treatment is well codified. The results of blood sampling at the time of the reaction and of allergic tests performed a few weeks later will enable a definitive diagnosis to be made and appropriate recommendations (medical alert card) to be given to the patients and its parents.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Diagnostic

Plus de 60 % des réactions d'hypersensibilité observées au bloc opératoire sont d'origine allergique immédiate, survenant dans un délai de moins d'une heure après l'introduction de l'allergène dans la circulation ou lors d'un contact direct avec les muqueuses ou les séreuses [1]. Le choc anaphylactique est la manifestation la plus grave de l'hypersensibilité allergique. Son tableau clinique correspond aux grades III et IV de la classification de Ring et Messmer :

- signes cutanéomuqueux : érythème généralisé, urticaire éten-due, œdème de la face, œdème des muqueuses ;
- signes digestifs ;
- signes respiratoires : bronchospasme, cyanose, puis arrêt respiratoire ;

[☆] Texte présenté au 32^e Congrès national de l'Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française, 1^{er}–2 avril 2011, Reims.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mmadlp@yahoo.fr (M.-M. Lucas-Polomeni).

- signes cardiovasculaires : PAS < 70 mmHg [1 mois–1 an] ; PAS < 70+ (âge*2) [1 an–10 ans] ; PAS < 90 mmHg [11 ans–14 ans], puis arrêt circulatoire.

2. Prise en charge

La prise en charge du choc anaphylactique est bien codifiée et a récemment été actualisée dans des recommandations formalisées d'experts [2]. Il doit être débuté dans les meilleurs délais par rapport au début du choc.

2.1. Dans tous les cas

Dans tous les cas, on effectue :

- un arrêt de l'administration du produit suspecté et des solutés de remplissage non cristalloïdes en cours (changer la tubulure) ;
- un arrêt de tout contact avec le latex ;
- une installation du patient en décubitus dorsal ;
- une information de l'équipe chirurgicale (en fonction de la situation : abstention, simplification, accélération, ou arrêt du

geste chirurgical). Lorsque l'anesthésie doit être maintenue, les produits peu histaminolibérateurs et ayant peu d'effet hémodynamique seront privilégiés ;

- une administration d'oxygène pur.

2.2. En fonction du grade de gravité

Ces mesures peuvent être suffisantes (grade 1), ou doivent être associées à un traitement plus spécifique par adrénaline. Il est recommandé d'adapter les doses d'adrénaline à la réponse hémodynamique en réalisant une titration jusqu'à restauration d'un niveau normal de pression artérielle en fonction de l'âge avec des doses de 1 µg/kg à 10 µg/kg relayés, comme chez l'adulte, par une perfusion continue débutée à 0,1 µg/kg par minute. Un remplissage vasculaire est réalisé avec des cristalloïdes, à raison de 20 mL/kg, puis de colloïdes (10 mL/kg). Une dose cumulée de 60 mL/kg peut être nécessaire.

Dans les chocs avec signes respiratoires prédominants, les posologies préconisées de salbutamol sont de 50 µg/kg (maximum 100 à 150 µg), soit quatre à 15 bouffées d'équivalent salbutamol, à renouveler toutes les dix à 15 minutes. Les corticoïdes peuvent être utilisés en deuxième intention, avec 1 à 2 mg/kg de méthylprednisolone (Solumédrol®) ou d'hydrocortisone. Une surveillance intensive doit être assurée durant au moins 24 heures, en raison du risque d'instabilité tensionnelle.

Dès la stabilisation hémodynamique obtenue, un bilan biologique doit être rapidement débuté qui comprend un, voire deux prélèvements sanguins pour dosage d'histamine et de tryptase [3]. La remise au patient d'un courrier détaillé et d'une carte d'allergie provisoire est recommandée : celle-ci mentionne tous les produits injectés lors de l'anesthésie (et qui sont donc contre-indiqués), et suspectés ainsi que les produits responsables d'éventuelles allergies croisées [4].

Quatre à six semaines plus tard, au terme du bilan cutané, en lien avec l'histoire clinique et les résultats biologiques d'histamine, de tryptase et d'IgE, la conclusion de réaction d'hypersensibilité est confirmée ou non (Tableau 1). Elle sera d'origine allergique (tests

Tableau 1

Modes et temps de prélèvements sanguins pour les dosages d'histamine, de tryptase et d'IgE anti-ammonium quaternaire.

Dosages	Tube	Prélèvement		
		< 30 min	1 à 2 h	> 24 h
Histamine	EDTA	+	(+)	
Tryptase	EDTA/s	+	+	+
IgE anti-AQ	Se	+	(+)	(+)

+ : recommandé ; (+) : si non réalisé au moment de la réaction ; transmis au laboratoire local dans les deux heures ou conservés au réfrigérateur à +4 °C pendant 12 heures au maximum ; EDTA : acide éthylène diamine tétracétique.

cutanés positifs) ou non (tests cutanés négatifs). Une carte définitive sera remise au patient mentionnant les contre-indications médicamenteuses pour les anesthésies ou les traitements antibiotiques et antalgiques futurs.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Mertes PM, Karila C, Demoly P, Auroy Y, Ponvert C, Lucas MM, et al. Recommandations formalisées d'experts. Quelle est la réalité du risque allergique en anesthésie ? Méthodologie de surveillance des événements rares. Classification. Incidence. Aspects cliniques (immédiats et retardés). Morbidité-mortalité. Substances responsables. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30:223–39.
- [2] Longrois D, Lejus C, Constant I, Bruyère M, Mertes PM. Recommandations formalisées d'experts. Traitement des réactions anaphylactiques survenant en cours d'anesthésie et en particulier du choc anaphylactique. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30:312–22.
- [3] Laroche D, Debaene B. Recommandations formalisées d'experts – moyens diagnostiques des réactions immédiates. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30:280–93.
- [4] Société française d'anesthésie et réanimation (Sfar) et Société française d'allergologie (SFA). Recommandations formalisées d'experts – prévention du risque allergique peranesthésique. Texte court. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30:212–22.