

Article original

Prise en charge des urgences allergiques graves en Belgique : aperçu et réflexions

Management of severe anaphylaxis in Belgium: Overview and comments

F. Pirson^{a,*}, X. Van der Brempt^b, V. Doyen^c, E. Schneider^d, V. Pékus^e,
S. De Lovinfosse^f, N. Bilem^g, B. Dezfoulia^h, F. Verschurenⁱ, C. Nootens^j

^a Service de pneumologie et clinique de l'allergie, cliniques universitaires Saint-Luc, 10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique

^b Allergopôle, clinique Saint-Luc, 8, rue Saint-Luc, 5000 Namur, Belgique

^c Clinique d'immuno-allergologie, CHU Brugmann, 4, place Van Gehuchten, 1020 Bruxelles, Belgique

^d Service de pneumologie, CHU Tivoli, 34, avenue Max Buset, 7100 La Louvière, Belgique
^e 22, chemin du Saiwet, 6600 Bastogne, Belgique

^f Service de pneumo-allergologie, hôpital de Jolimont, 159, rue Ferrer, 7100 La Louvière, Belgique

^g Service d'immuno-allergologie pédiatrique, clinique Saint-Pierre, 9, avenue Reine Fabiola, 1340 Ottignies, Belgique

^h Dermatologie, CHU Sart-Tilman, domaine universitaire du Sart-Tilman, 4000 Liège, Belgique

ⁱ Service des urgences, cliniques universitaires Saint-Luc, 10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique

^j 1, rue de la Treille, 1050 Bruxelles, Belgique

Reçu le 10 décembre 2013 ; accepté le 6 février 2014

Disponible sur Internet le 21 mars 2014

Résumé

Les auteurs présentent une analyse rétrospective des déclarations d'anaphylaxie grave effectuées par les médecins spécialistes allergologues belges sur le Réseau français allergeo-vigilance de 2011 à 2012. En l'absence de registre national, les données partielles analysées révèlent que leur prise en charge immédiate reste insuffisante quant à l'évaluation de la sévérité, au délai d'administration d'adrénaline, aux conditions de transport vers les urgences et au temps de surveillance en salle d'urgence quel que soit l'âge des patients. Créer un registre national d'anaphylaxies permettrait d'évaluer régulièrement et ainsi améliorer la qualité de la prise en charge ; il constituerait également une bonne base de données et servirait d'outil pour des études épidémiologiques.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anaphylaxie grave ; Auto-injecteur d'adrénaline ; Urgence allergique ; Registre d'anaphylaxie

Abstract

The authors present a retrospective analysis of reports of severe anaphylactic reactions made by Belgian allergists to the French Allergy Vigilance Network from 2011 to 2012. In the absence of a national anaphylaxis registry in Belgium, an incomplete analysis of the available data revealed that immediate management of the cases was inadequate with respect to evaluation of the severity of the reaction, the delay in administration of adrenalin, details of the patients' transport to an Emergency Room, and the duration under medical observation in the Emergency Room, whatever the patients' age. Creation of a national anaphylaxis registry would provide a means for regular evaluation and thus could lead to improvement in the quality of the management; it would also form an excellent data bank, which could serve as a tool for epidemiological studies.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Anaphylaxis; Emergency care; Anaphylaxis registry; Epinephrine

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Francoise.Pirson@uclouvain.be (F. Pirson).

1. Introduction

Au cours des années 2011 et 2012, quelques médecins allergologues belges ont déclaré des anaphylaxies graves sur le Réseau français d'allergo-vigilance (RAV) [1]. Les déclarations comportent un descriptif assez détaillé de la prise en charge des urgences allergiques et les éléments principaux du diagnostic. Le but de cet article est de voir dans quelle mesure la prise en charge des cas d'anaphylaxie survenus en Belgique et déclarés dans le RAV répond aux recommandations éditées en la matière [2–4] et d'identifier, si nécessaire, ce qui doit être amélioré.

2. Méthodologie

Il s'agit d'une revue rétrospective des déclarations faites en 2011 et 2012 sur base volontaire par les médecins belges membres du RAV. Il y avait en 2011, 32 spécialistes belges enregistrés comme membres du réseau français (tous n'ont pas une activité clinique d'allergologue : on y trouve effectivement quelques urgentistes ou médecins biologistes). Les déclarations concernent les accidents allergiques graves nécessitant l'administration d'adrénaline et les accidents ayant justifié l'appel d'un service médicalisé ou le passage en salle d'urgence. Tous les médecins déclarants sont des spécialistes « allergologues » (pneumologues, dermatologues, pédiatres) exerçant dans la région Wallonie-Bruxelles. Chaque déclaration se fait via un formulaire-type proposé par les gestionnaires du RAV [5] en fonction de l'étiologie allergique (médicamenteuse, alimentaire, venin d'hyménoptère, idiopathique). La sévérité de la réaction est définie par la classification de Ring et Messmer [6].

3. Résultats

3.1. Population, sévérité des réactions, étiologies

Le RAV a enregistré 57 déclarations d'anaphylaxie provenant de Belgique au cours des années 2011 et 2012 (20 en 2011 ; 37 en 2012). Elles émanent de 9 médecins (soit

28,1 % des médecins belges membres du RAV : 5 pneumologues, 2 pédiatres, 2 dermatologues). Les 57 déclarations concernent 66 accidents soit une moyenne de 1,16 accidents par patient (allant de 1 à > 10). Parmi ces accidents, 75,8 % (50) sont d'origine alimentaire et concernent 44 patients ; 15,2 % (10) sont liés aux insectes piqueurs et concernent 8 patients, 7,6 % (5) sont d'origine médicamenteuse et sont observés chez 4 patients et enfin 1,5 % (1 cas) d'origine inconnue. L'âge moyen ($\pm$ ET) des patients est de 36,5 ($\pm$ 19,7) ans avec des valeurs extrêmes de 0,3 et 73 ans. La contribution des médecins belges membres du RAV à la constitution du registre global d'anaphylaxies du RAV durant la période étudiée est précisée dans le [Tableau 1](#).

La répartition des anaphylaxies déclarées en fonction de leur sévérité est détaillée sur la [Fig. 1](#). Les anaphylaxies de grade 3 à 4 et 4 ($n=3$) sont liées à des hypersensibilités au venin d'hyménoptère. Deux tiers des accidents ($n=44$) sont de grades 2, 2–3 et 3. Il n'y a eu aucune déclaration de décès par anaphylaxie au cours de ces 2 années. Tous les accidents rapportés d'origine médicamenteuse ou secondaires à une piqure d'insecte concernent des adultes.

Parmi les accidents d'étiologie alimentaire ($n=50$), 9 sont survenus chez des enfants (< 16 ans) soit 18 % des anaphylaxies alimentaires (AA) déclarées. Il n'y a pas de différence dans la répartition homme/femme dans la population concernée par les AA. Il s'agissait du premier accident dans 76 % des cas. Lorsque l'information est disponible (22 anaphylaxies sur 50), l'AA survient le plus souvent au domicile (13) et ensuite le lieu de vacances (4), le restaurant (3), le lieu de travail (2). Il n'y a pas eu de déclaration d'accident survenu à l'école. Au moins un facteur de risque est identifié dans 70 % des AA ([Fig. 2](#)). Lorsqu'il y a prise d'alcool, la consommation ne dépasse pas 1 à 2 verres de vin ou de bière (sur base de la déclaration du patient). Les plus fréquents sont la prise d'alcool, l'asthme et l'existence d'au moins une autre allergie alimentaire. Par contre, la prise concomitante de médicament (β -bloquant, inhibiteur enzyme de conversion/sartan) est rarement observée.

Les aliments mis en cause dans les anaphylaxies déclarées sont répertoriés selon leur origine animale ([Fig. 3](#)) ou végétale

Tableau 1

Implication des médecins belges dans la constitution du registre d'anaphylaxies du Réseau allergo-vigilance (RAV) durant la période 2011–2012.

Activité globale du RAV				Activité des membres belges du RAV
Nombre de membres en 2011	290			32
	Nombre déclarations/médecin déclarant par an dans le RAV	Nombre de médecins déclarants dans le RAV	Nombre de déclarations/médecin déclarant belge par an dans le RAV	Nombre de médecins belges déclarants dans le RAV
Anaphylaxies alimentaires	2,7 ^a	56 ^a	2,8	9
Anaphylaxies médicamenteuses ^b	2,24	34	2,5	2
Anaphylaxie venin insecte ^b	1,67	21	2	4

Les membres du RAV déclarent davantage d'anaphylaxies d'origine alimentaire que médicamenteuse ou liées aux insectes piqueurs. Toutes proportions gardées entre le nombre de médecins déclarants par type d'anaphylaxie, les médecins déclarants belges s'alignent sur leurs homologues du RAV en ce qui concerne le taux de déclarations.

^a Données 2011 [9].

^b Données 2012 [9].

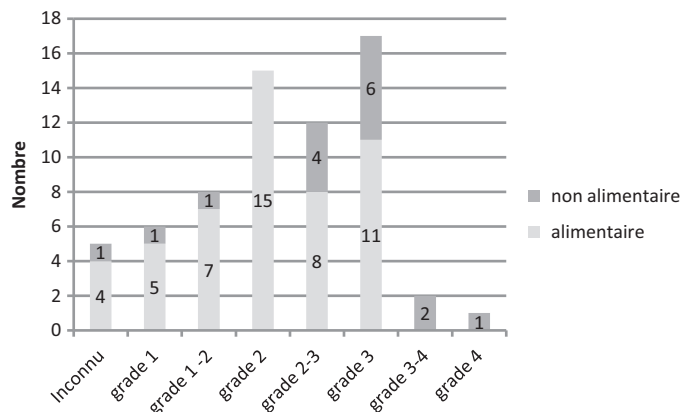


Fig. 1. Répartition des accidents anaphylactiques déclarés en 2011 et 2012 en fonction de leur sévérité et étiologie ($n = 66$). Deux tiers des accidents anaphylactiques (toutes causes confondues) sont de grades 2, 2 à 3 et 3 selon la classification de Ring et Messmer [6].

(Fig. 4 ; 70 % des cas). Par ordre décroissant, les plus fréquents sont l'arachide et les crustacés (chacun 6 fois), les poissons, les fruits à coque, les autres légumineuses (5×) et les fruits exotiques (3×).

3.2. Prise en charge de l'urgence

Celle-ci est analysée uniquement pour les anaphylaxies d'origine alimentaire, plus nombreuses.

Treize anaphylaxies sur 50 (26 %) sont prises en charge au domicile par le patient seul et/ou sa famille dont 2 avec résolution spontanée et l'adrénaline auto-injectable est utilisée dans 2 autres accidents sans appel ultérieur à un service de secours. Dans 19 anaphylaxies (38 %), les patients se rendent par leurs propres moyens directement en salle d'urgence (sans automédication préalable : 1 ; après prise d'antihistaminique et/ou corticoïdes : 5 dont 1 avec également injection d'adrénaline). L'état clinique de 3 de ces 19 patients admis aux urgences

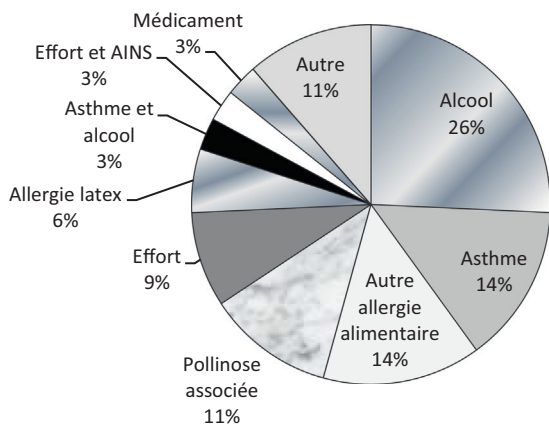


Fig. 2. Facteurs de risque identifiés dans les anaphylaxies graves d'origine alimentaire ($n = 50$). Au moins un facteur de risque est identifié dans 70 % des anaphylaxies graves d'origine alimentaire. Parmi ceux-ci, la consommation d'alcool est le facteur de risque le plus souvent présent. La catégorie « autre » comprend le stress émotionnel, l'exposition au froid et la coexistence d'une maladie inflammatoire digestive. Le groupe « médicaments » comprend les β -bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les sartans.

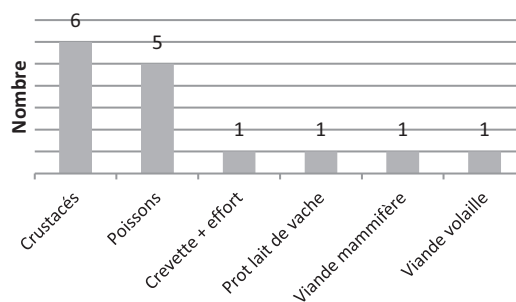


Fig. 3. Aliments d'origine animale incriminés dans les anaphylaxies alimentaires de 2011 à 2012 ($n = 15$). Les crustacés et poissons sont les aliments d'origine animale les plus souvent responsables d'anaphylaxie alimentaire dans la population étudiée.

justifie l'administration d'adrénaline dans leur prise en charge. Dans 12 anaphylaxies (24 %), les patients font appel directement au service « 100/112 ». L'état clinique du patient dans 10 de ces accidents justifie leur transfert vers la salle d'urgence dont 1 fois alors qu'il y a eu auto-administration d'adrénaline avant l'arrivée des secours et 1 fois après administration d'adrénaline par le service de secours. Une seule anaphylaxie (2 %) a été gérée par le médecin traitant après visite du patient au cabinet. La prise en charge n'est pas connue pour 5 autres anaphylaxies (10 %).

Lorsque le patient a été admis en salle d'urgence soit 31 anaphylaxies sur 50 (62 %), les informations sur la durée de séjour ne sont connues que pour 10 accidents. Sept de ces 10 anaphylaxies étaient au moins de grade 2 ; la surveillance a été supérieure à 6 h pour 3 et de 2 à 6 h pour deux d'entre elles. Notons un patient avec anaphylaxie de grade 3 qui a été observé moins de 4 h tandis que celui qui a bénéficié de la surveillance la plus longue (24 h) avait une anaphylaxie de grade 1 (Fig. 5).

L'adrénaline a été utilisée dans 8 AA sur 50 (16 %) dont 4 injections réalisées par les patients et/ou proches alors que 19 AA (38 %) étaient au moins de grade 2–3.

3.3. Suivi en consultation d'allergologie

Le délai médian de prise en charge diagnostique (toute cause confondue) par un allergologue dans le décours de l'anaphylaxie est de 4 mois (10 jours à > 25 ans). Lorsque le motif

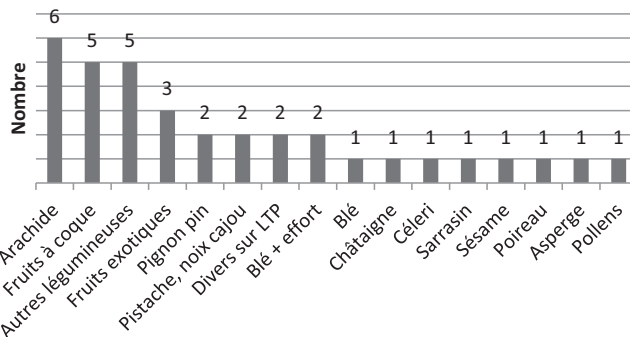


Fig. 4. Aliments d'origine végétale incriminés dans les anaphylaxies alimentaires de 2011 à 2012 ($n = 35$). L'arachide, les fruits à coques et les autres légumineuses sont les principaux aliments d'origine végétale responsables d'anaphylaxie alimentaire dans la population étudiée.

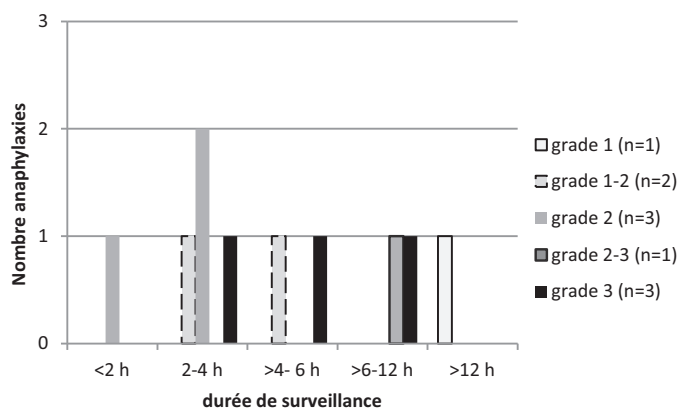


Fig. 5. Durée de séjour en salle d'urgence pour anaphylaxie alimentaire en fonction du niveau de sévérité ($n = 10$) [6]. Les réactions les plus sévères ne bénéficient pas nécessairement de la durée de surveillance la plus longue.

d'admission aux urgences ou de consultation chez l'allergologue est l'AA ($n = 44$ patients), le patient sort avec une prescription d'une trousse d'urgence comportant de l'Epipen® dans 18/44 cas (40,9 %) et une trousse d'urgence sans Epipen® dans 9/44 cas (20,5 %). Nous n'avons pas d'information pour 17 patients (38,6 %).

3.4. Population pédiatrique : prise en charge de l'anaphylaxie

Parmi les patients victimes d'AA, 9 ont moins de 16 ans au moment des faits et il s'agit chaque fois de la première anaphylaxie. Pour ces 9 patients, la sévérité des réactions est superposable à celle de la population adulte. Parmi les facteurs favorisants, on retrouve dans l'ordre décroissant l'allergie connue à l'arachide (4×), l'asthme ainsi que l'existence d'une autre allergie alimentaire ou l'effort physique (1×). Quant à la prise en charge de leur anaphylaxie, l'enfant est traité au domicile uniquement par l'entourage dans 3 cas dont une fois avec administration d'Epipen®. Quatre sont acheminés par leurs proches vers le service d'urgence mais une seule fois après administration d'un antihistaminique. Il n'y a pas d'information pour les 2 derniers.

4. Discussion

La Belgique est un des rares pays européens à ne pas reconnaître l'allergologie comme spécialité ou sous-spécialité médicale [7]. Pratiquement, sont considérés comme allergologues tous les spécialistes ayant une activité clinique essentiellement centrée sur le diagnostic et le traitement des manifestations d'hypersensibilité et qui participent régulièrement à un programme de formation continue (régional, national et/ou international) et/ou publient dans le domaine ; ils ne sont cependant pas identifiables par leur numéro INAMI (Institut national assurance maladie-invalidité). Il n'y a pas de médecin généraliste « allergologue ».

Une synthèse des anaphylaxies alimentaires survenues en Belgique entre 2003 et 2011 et déclarées sur le RAV par des médecins belges a été publiée en 2012 [8]. Au fil des années, la

description des cas déclarés a été de plus en plus précise et complète (manifestations cliniques, médicaments associés, méthodes de diagnostic, antécédents, origine des aliments, prise en charge...). Une mise à jour était justifiée. Les déclarations d'anaphylaxies dans le RAV ne sont pas obligatoires et dépendent de la motivation du déclarant. Ceci constitue un biais de déclarations mais il est proportionnellement superposable à celui observé pour l'entièreté du RAV (Tableau 1).

Si en France, pays où la spécialité est reconnue depuis 2006, le nombre d'allergologues était en 2009 de 2200 soit 1 médecin par 28 140 habitants [10], tout au plus peut-on estimer (sur base des participations aux formations continuées organisées par la BelSACI, le CPALF et l'ABEFORCAL) avoir en Belgique une centaine de médecins spécialistes avec une réelle activité clinique allergologique soit 1 pour 110 000 habitants. En 2011, le RAV comptait 32 membres belges. Tous ne sont pas médecins cliniciens (quelques biologistes, diététiciens) et tous les spécialistes cliniciens ne prennent pas en charge les anaphylaxies pour le traitement aigu ou pour le diagnostic à cause de leur spécialité d'organe ou de leur activité strictement libérale (ORL, dermatologues, par exemple) [11]. Il n'y a pas eu de déclaration d'anaphylaxie faite par un médecin urgentiste dans la période étudiée.

La Belgique compte actuellement ± 11 millions d'habitants. L'incidence de l'anaphylaxie en Europe est estimée à 1,5–7,9 par 100 000 habitants-années avec une prévalence de 0,3 % (IC 95 % : 0,1–0,5) et un taux de mortalité $< 0,001$ % [4,7,12]. Nous n'avons aucun outil fiable pour dénombrer les anaphylaxies survenues sur le territoire belge. Il n'y a pas de registre national d'anaphylaxies ni de base de données accessible au niveau du Service public fédéral de la santé publique (SPF santé publique). L'Epipen®, unique seringue d'adrénaline auto-injectable enregistrée et commercialisée en Belgique jusqu'en 2013, est partiellement remboursé depuis mars 2012. Or l'INAMI (Pharmanet) ne comptabilise le nombre de doses délivrées qu'à partir de la date de remboursement. Par conséquent, nous ne pouvons utiliser cet outil pour estimer indirectement la prévalence de l'anaphylaxie en Belgique. Aussi, sur base des données européennes, durant la période 2011–2012, nous pouvons estimer le nombre de nouvelles anaphylaxies survenues en Belgique entre 165 et 870/an toutes causes confondues. Les déclarations effectuées dans le RAV ne représentent donc qu'un échantillon des anaphylaxies survenues d'autant que les accidents observés dans le Nord du pays n'ont pas été pris en compte.

Nous constatons que la majeure partie des déclarations concernent des réactions systémiques sérieuses (RSS) de grades 2 et 2 à 3 avec atteinte d'au moins deux organes sans chute tensionnelle objectivée ni syncope. Elles sont observées dans 40,9 % des anaphylaxies alors que le choc anaphylactique est présent dans 30,3 % toutes causes confondues. Il n'y a pas eu de décès. En 2012, pour l'ensemble des AA déclarées dans le RAV, les RSS concernaient 53,6 % des déclarations et les chocs anaphylactiques 23,8 %. Les déclarations belges s'alignent donc sur les données du RAV [9].

Toutes les anaphylaxies d'origine médicamenteuse et celles dues à un insecte piqueur sont survenues chez des adultes, ce

qui est le plus souvent décrit dans les données épidémiologiques internationales [7]. Comme dans les autres pays européens, le nombre d'AA déclarées est supérieur aux anaphylaxies médicamenteuses ou liées aux insectes piqueurs [4].

Septante pourcent des AA sont d'origine végétale. Dans 18 % des cas, l'AA touche un patient de moins de 16 ans. Il s'agit d'une proportion plus faible que celle observée en 2011 et 2012 (respectivement 51,3 et 38 %) dans l'ensemble du RAV [9]. Ceci peut s'expliquer par le fait que 7 des 9 spécialistes déclarants ont une patientèle essentiellement adulte. Vingt-quatre pourcent des patients concernés par une AA avaient déjà eu au moins un épisode antérieur contre 38,7 % dans les données du RAV [9] et 32,2 % dans le « transnational registry » établi conjointement par les médecins allemands, suisses et autrichiens [13]. Ce phénomène justifie certainement la mise en place de moyens de prévention et la délivrance précoce de trousse d'urgence avec adrénaline auto-injectable. Cette attitude devrait être facilitée par le remboursement à 75 % de l'adrénaline auto-injectable depuis mars 2012. L'analyse séparée des résultats de 2011 et 2012 ne permet pas encore de le démontrer. Les anaphylaxies alimentaires surviennent dans notre série avant tout au domicile puis sur le lieu de vacances et au restaurant puis ailleurs. Ceci rejoint les données du RAV [9]. Par contre, nous retrouvons la présence d'au moins un facteur de risque dans 70 % des anaphylaxies alimentaires : ce taux particulièrement élevé [9,12] est vraisemblablement lié au fait que la population étudiée est composée majoritairement d'adultes, mais peut aussi être le résultat d'un biais de déclaration (sur-déclaration de ce type de cas). La prise d'alcool est le premier facteur de risque dénombré même si la quantité consommée reste raisonnable. Viennent ensuite l'asthme, l'existence d'une autre allergie alimentaire, une pollinose concomitante, l'effort physique. Par contre, dans notre série, la prise de médicament à risque est rarement relevée. Ce pourrait être dû davantage à un biais de sélection (échantillon trop faible) qu'à un défaut de précision dans les déclarations puisque les fiches de signalement du RAV comportaient déjà cette question.

Les aliments incriminés sont, vu l'âge de la population étudiée, logiquement ceux généralement identifiés dans les anaphylaxies alimentaires observées dans les populations de grands enfants et d'adultes [9,12].

La prise en charge des urgences médicales est organisée en Belgique par le SPF santé publique et repose sur une base légale depuis 1964. Elle s'articule autour des centres d'appel unifiés « 100 », numéro doublé actuellement et prochainement remplacé par le numéro d'appel européen « 112 ». Le centraliste (pompier) qui reçoit l'appel évalue les besoins et dépêche sur place les secours nécessaires : systématiquement une ambulance avec éventuellement un SMUR (1 urgentiste et 1 infirmier spécialisé en soins intensifs et soins d'urgence ou SISU, se déplaçant dans un véhicule d'intervention mobile ou VIM équipé du matériel de réanimation) ou un PIT (Paramedic Intervention Team : 1 infirmier spécialisé SISU et 1 ambulancier qui sont en communication radiophonique avec l'urgentiste resté dans le service des urgences du centre hospitalier de

référence). Le patient peut également être admis directement dans un service d'urgence dans lequel il s'est rendu par ses propres moyens. Les informations enregistrées dans les déclarations ne permettent pas de déterminer si l'équipe de secours dépêchée sur place était adaptée à la sévérité de la situation ; elles contribuent cependant à analyser la nature des soins prodigués par le patient ou sa famille, par le médecin généraliste, par les secours envoyés et par les services d'urgence. C'est dans le domaine des AA que la description est la plus précise et la plus complète. Dans 26 % des AA, il n'y a eu aucune intervention médicale même si 2 patients/13 ont utilisé l'adrénaline. Dans 38 % des AA, les patients se rendent par leurs propres moyens aux urgences et 3 patients/19 y reçoivent de l'adrénaline dès l'admission. Ce n'est que dans 24 % (12) des AA que les services de secours sont sollicités directement avec transfert du patient vers la salle d'urgence généralement. Pour 3 d'entre elles, il s'agissait d'une récurrence. La gestion de l'anaphylaxie chez l'enfant ne paraît pas meilleure même si leurs accidents surviennent avant tout au domicile et donc sous la surveillance des parents. Ceci démontre à quel point la population générale ignore ce qu'il faut faire en cas d'urgence allergique. Pire encore, les patients qui ont déjà eu une AA restent incapables d'évaluer le risque et d'appliquer les conseils prodigués après le premier accident. Ces résultats sont tout à fait superposables à ceux du RAV en 2012 [9]. Quant à la durée de séjour en salle d'urgence, ce ne sont pas nécessairement les cas les plus sévères qui sont maintenus le plus longtemps sous surveillance. Les recommandations européennes sont de 6–8 h pour les patients avec manifestations cardio-respiratoires et 12–24 h de surveillance intensive pour les patients avec hypotension [4]. Les données partielles disponibles dans notre série tendent à montrer que la durée de séjour oscille entre 4 et 6 h alors que 7 réactions sur 10 étaient au moins de grade 2. L'usage de l'adrénaline reste globalement faible (16 %) par rapport à la sévérité des manifestations (38 % > grade 2) ce qui est comparable aux données du RAV et données anglaises [9,14]. À l'évidence, les recommandations internationales prodiguées en matière de prise en charge de l'anaphylaxie ne sont pas encore totalement d'application aux différents niveaux : patients, médecins et équipes de secours. C'est un fait bien connu à plus large échelle [15,16]. Il faudra donc investir dans l'éducation thérapeutique des patients et de leurs familles ainsi que dans les formations continuées pour les équipes d'intervention [17,18] mais aussi informer la population générale.

Enfin, le délai de prise en charge par un allergologue est trop long surtout après une première anaphylaxie où le patient ne comprend pas ce qui lui arrive ni ce qu'il doit faire pour éviter la récurrence [9]. Les urgentistes n'ont matériellement plus le temps d'expliquer aux patients admis en salle d'urgence le bon usage d'une trousse d'urgence en attendant la consultation chez l'allergologue. Il paraît difficile de réduire ce délai si le nombre d'allergologues compétents n'augmente pas de manière significative. Une solution pourrait être de mettre en place des centres d'éducation thérapeutique où des paramédicaux se chargeraient de l'information et de l'éducation des patients et de leurs familles en déchargeant ainsi les allergologues de cette

tâche. L'utilité de ces centres a déjà été démontrée [17,18]. Encore faut-il pour cela trouver une source de financement.

5. Conclusions

Les déclarations d'anaphylaxie effectuées par quelques médecins belges dans le RAV restent trop peu nombreuses ; elles ont toutefois le mérite de mettre en avant quelques points importants :

- la prise en charge de l'urgence anaphylactique dans le pays fait défaut à plusieurs niveaux : il existe des lacunes dans l'information de la population générale, l'éducation des patients et de leurs familles, la délivrance et l'utilisation de trousse d'urgence, l'appel aux services de secours, la durée d'observation en salle d'urgence, l'utilisation de l'adrénaline... ;
- l'absence de registre national d'anaphylaxies nous empêche d'évaluer correctement les besoins et la qualité des procédures de prise en charge de l'anaphylaxie ;
- le fait de ne pouvoir identifier clairement les allergologues parmi les spécialistes d'organe allonge inutilement le trajet de soins des patients ayant présenté une anaphylaxie et augmente les délais de prise en charge ;
- il est en outre nécessaire de former de nouveaux allergologues mais aussi mettre sur pied des centres d'éducation thérapeutique avec un financement adéquat.

Déclaration d'intérêts

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

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le professeur D.A. Moneret-Vautrin et les administrateurs du RAV pour la publication et diffusion des informations.

Références

- [1] Allergy Vigilance Network. <http://allergyvigilance.org>.
- [2] Muraro A, Roberts G, Clark A, Eigenmann PA, Halken S, Lack G, et al. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Allergy* 2007;62:857–71.
- [3] Sampson HA, Munoz-Furlong A, Campbell R, Adkinson NF, Bock A, Branum A, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report – Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:391–7.
- [4] Muraro A, Akdis C, Papadopoulos N, Roberts G, Cardona V, Eigenmann P, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Version 4.5; 2013. <http://www.eaaci.org/resources/food-allergy-and-anaphylaxis-guidelines.html>.
- [5] Réseau d'allergo-vigilance. Déclaration d'anaphylaxie. <http://www.allergyvigilance.org/espace-membres/index.html>.
- [6] Ring J, Messmer K. Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volume substitutes. *Lancet* 1977;26:466–9.
- [7] De Monchy JG, Demoly P, Akdis CA, Carona V, Papadopoulos NG, Schmid-Grendelmeier P, Gayraud J. Allergology in Europe, the blueprint. *Allergy* 2013;68:1211–8.
- [8] Doyen V, Nootens C, Van der Brempt X, Mulier S, Pirson F, Luyasu S, et al. Déclarations d'anaphylaxie alimentaire en Belgique. Données du Réseau allergo-vigilance. *Rev Fr Allergol* 2012;52:251–2.
- [9] Statistiques du Réseau allergo-vigilance, mars 2013 et février 2012. <http://www.allergyvigilance.org/activite/index.html>.
- [10] Demoly P, Bosse I, Bouteloup F, De Blay F, Didier A, Dumur JP, et al. L'offre des soins en allergologie en 2011. *Rev Fr Allergol* 2011;51:64–72.
- [11] Conditions de prestation des actes 470805 et 470816. Interprétation de la nomenclature. <https://www.riziv.fgov.be/webprd/appl/pnomen/DetailNomen.aspx?lg=F>.
- [12] Panesar SS, Javad S, de Silva D, Nwaru BI, Hickstein L, Muraro A, et al. Epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy* 2013;68:1353–61.
- [13] Grabenhenrich L, Hompes S, Gough F, Rüeff F, Scherer K, Pfohler C, et al. Anaphylaxis management. *PLoS One* 2012;7:e35778.
- [14] Capps JA, Sharmab V, Arkwright PD. Prevalence, outcome and pre-hospital management of anaphylaxis by first aiders and paramedical ambulance staff in Manchester, UK. *Resuscitation* 2010;51:653–7.
- [15] Nurmatov U, Worth A, Sheik A. Anaphylaxis management plans for the acute and long-term management of anaphylaxis: a systematic review. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122:353–61.
- [16] Kastner M, Harada L, Wasserman S. Gaps in anaphylaxis management at the level of physicians, patients, and the community: a systematic review of the literature. *Allergy* 2010;65(4):435–44.
- [17] Gold MS, Sainsbury R. First aid anaphylaxis management in children who were prescribed an epinephrine auto injector device (Epipen®). *J Allergy Clin Immunol* 2000;106:171–6.
- [18] Patel BM, Bansal PJ, Tobin MC. Management of anaphylaxis in child care centers: evaluation 6 and 12 months after an intervention program. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;7:813–5.