

Traitement des allergies graves : l'adrénaline dans l'urgence

Treatment of severe allergies: Emergency adrenaline

C. Meininger

Pôle de médecine d'urgence, centre hospitalier de Châteauroux, 216, avenue de Verdun, 36000 Châteauroux, France

Reçu le 5 février 2017 ; accepté le 7 février 2017

Disponible sur Internet le 18 mars 2017

Résumé

L'anaphylaxie est une urgence allergique grave pouvant engager le pronostic vital. Chez l'enfant et l'adulte jeune, les aliments sont la principale cause d'anaphylaxie. L'administration précoce d'adrénaline en intramusculaire est le traitement recommandé en première ligne. Il est nécessaire d'améliorer la reconnaissance et le traitement de l'anaphylaxie. En médecine d'urgence, sa prise en charge a fait l'objet de recommandations récentes. Le médecin régulateur du service d'aide médical urgente doit favoriser l'accès rapide à l'adrénaline et l'utilisation précoce des auto-injecteurs d'adrénaline.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anaphylaxie ; Adrénaline ; Médecine d'urgence

Abstract

Anaphylaxis is a severe and potentially life-threatening allergic emergency. Food is the main trigger of anaphylaxis in children and young adults. Early epinephrine by intramuscular injection is the recommended first-line therapy. There is a need to improve the recognition and treatment of anaphylaxis. Its management, in emergency medicine, has been the subject of recent guidelines. The on-call physician at emergency medical services dispatch centers should promote rapid access to adrenaline and the early use of epinephrine auto-injectors.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Anaphylaxis; Epinephrine; Emergency medicine

L'anaphylaxie est une réaction allergique grave, systémique ou généralisée, potentiellement létale. Son diagnostic est clinique basé sur la définition clinique consensuelle internationale de Sampson et al. (sensibilité de 97 %, spécificité de 82 %) [1]. Elle survient principalement en dehors de l'hôpital et les urgentistes sont donc en première ligne. L'atteinte respiratoire ou cardiovasculaire met en jeu le pronostic vital. La gravité est imprévisible au début de la réaction. La mortalité par anaphylaxie, rare, est estimée à moins d'un cas par million d'habitants. Pumphrey a montré que le délai de survenue de l'arrêt cardiaque variait en fonction de l'allergène (5 min pour les médicaments, 15 min pour les venins et 30 min pour les aliments). La détresse

respiratoire était la cause principale de décès de l'anaphylaxie alimentaire alors que les défaillances hémodynamiques prédominaient pour l'anaphylaxie médicamenteuse et aux venins [2]. Les aliments sont la principale cause d'anaphylaxie chez l'enfant et l'adulte jeune et la fréquence des hospitalisations est en augmentation [3].

1. Le traitement d'urgence : adrénaline

L'adrénaline précoce en intramusculaire (IM) est le traitement de première intention de la prise en charge initiale de l'anaphylaxie [1,3]. Son indication découle de ses propriétés pharmacologiques, d'études de mortalité, d'études randomisées hors contexte d'anaphylaxie, d'études pharmacologiques sur des modèles animaux. Il n'existe pas, pour des raisons éthiques,

Adresse e-mail : cmeininger@orange.fr

d'études randomisées contre placebo réalisées dans un contexte d'anaphylaxie [4]. La stimulation des récepteurs alpha adrénergiques par leur effet vasoconstricteur limite l'hypotension et l'œdème. La stimulation des récepteurs bêta-adrénergiques a un effet bronchodilatateur, inotrope et chronotrope positifs et diminue le relargage des médiateurs mastocytaires [1]. L'adrénaline est à administrer le plus précocement possible. Un retard d'administration est associé à une augmentation du risque de mortalité et de complications [1,3]. L'efficacité de l'adrénaline à corriger le collapsus est corrélée à une administration très précoce sur un modèle expérimental animal.

La voie recommandée est l'IM, face antérolatérale de la cuisse. Elle a une meilleure pharmacocinétique que la voie sous-cutanée [4]. Elle est à privilégier par rapport à la voie intraveineuse (i.v.) en raison du risque de troubles du rythme. La posologie recommandée en IM est de 0,01 mg/kg (dose maximale de 0,5 mg), à renouveler en cas de réponse clinique insuffisante. Une seule injection IM d'adrénaline était suffisante dans 87 % des cas dans l'étude de Manivannan et al. [5]. L'utilisation d'auto-injecteur d'adrénaline (AIA) facilite et sécurise la dose à injecter. La voie i.v. peut être utilisée en cas d'échec d'IM répétées ou de choc anaphylactique sévère, par une équipe entraînée, sous surveillance électrocardiographique, tensionnelle et avec un défibrillateur disponible. La titration de l'adrénaline i.v. est indispensable car la fenêtre thérapeutique est étroite [1,6].

Des effets secondaires bénins peuvent survenir (pâleur, anxiété, tremblements, palpitations, céphalées). Ils doivent être expliqués au patient et ne pas être confondus avec des signes d'anaphylaxie persistante afin de ne pas renouveler inutilement l'injection d'adrénaline. Des effets secondaires graves peuvent apparaître (syndrome coronarien aiguë, hypertension artérielle, œdème pulmonaire, hémorragie cérébrale, arythmie cardiaque). Ils sont plus fréquents en cas de surdosage ou d'administration i.v. et sont très rarement rapportés en cas d'IM [3,7]. Il n'y a pas de contre-indication absolue à l'utilisation d'adrénaline en cas d'anaphylaxie même chez l'adulte aux antécédents cardiovasculaires [1].

2. Particularités en médecine d'urgence

Différentes études mettent en exergue un défaut de diagnostic de l'anaphylaxie et une sous-utilisation de l'adrénaline [3]. En médecine d'urgence sa prise en charge est rare et complexe, que ce soit en régulation médicale au moment de l'appel au SAMU, en pré ou intra-hospitalier. L'urgentiste doit prendre en compte le caractère évolutif de l'anaphylaxie, les antécédents allergiques, ses facteurs de risque et la disponibilité éventuelle d'AIA. Il doit reconnaître la gravité de la réaction allergique dès qu'il existe des signes digestifs ou respiratoires sans attendre la survenue de manifestations cardiovasculaires habituellement associées au « choc anaphylactique ». Les signes d'œdème laryngé sont à évaluer avec vigilance car une détresse respiratoire peut rapidement apparaître. Les signes digestifs sont méconnus. Les difficultés diagnostiques surviennent si les signes cutanéomuqueux sont absents, si l'allergène n'est pas identifié, ou si les symptômes apparaissent tardivement ou en présence

de cofacteur. Le médecin régulateur agit sans examen clinique direct. Il a un rôle déterminant en permettant un accès rapide à l'adrénaline et en recherchant un éventuel AIA nominatif. Il peut prescrire et favoriser cette injection par les témoins quand il s'agit d'une anaphylaxie inaugurale et qu'un AIA non nominatif est disponible, par exemple en milieu scolaire [6]. La qualité des échanges entre le médecin et le patient ou témoin est essentielle afin d'adapter au mieux la réponse. En situation de stress, les patients ou leur entourage peuvent avoir des attitudes inadaptes, oublier de dire qu'ils ont un AIA ou ne plus savoir l'utiliser [4]. Quand l'urgentiste est auprès du patient, il doit évaluer s'il persiste des signes d'anaphylaxie, l'adrénaline IM est alors à injecter sans retard. Les traitements complémentaires, adaptés à la symptomatologie, sont débutés. Des décès peuvent survenir malgré l'administration précoce et adaptée d'adrénaline [2,8], il faut donc anticiper une prise en charge spécialisée en cas d'échec des traitements initiaux. Enfin, l'anaphylaxie peut être spontanément résolutive, source de sous-évaluation et il n'y a plus d'indication à l'injection d'adrénaline.

3. En conclusion

L'anaphylaxie alimentaire est une urgence vitale potentielle rare en médecine d'urgence. La parution récente des recommandations de prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence est une première étape pour améliorer le diagnostic d'anaphylaxie et optimiser le traitement précoce par adrénaline intramusculaire en favorisant, dès la régulation médicale, l'utilisation des AIA disponibles. Sa prise en charge bénéficierait de la mise en place de protocole de service et de formations par simulation.

Déclaration de liens d'intérêts

Conférence, intervenant MEDA.

Références

- [1] Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilo MB, Brockow K, Fernandez Rivas M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European academy of allergy and clinical immunology. *Allergy* 2014;69:1026–45.
- [2] Pumphrey R. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy* 2000;30:1144–50.
- [3] Simons R, Ebisawa M, Sanchez-Borges M, Thong B, Worm M, Tanno L, et al. 2015 update of the evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. *WAO J* 2015:1–16.
- [4] Song T, Worm M, Lieberman P. Anaphylaxis treatment: current barriers to adrenaline auto-injector use. *Allergy* 2014;69:983–91.
- [5] Manivannan V, Campbell RL, Fernanda Bellolio M, Stead LG, Li J, Decker WW. Factors associated with repeated use of epinephrine for the treatment of anaphylaxis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009;103(5):395–400.
- [6] Gloaguen A, Cesario E, Vaux J, Valdenaire G, Ganansia O, Renolleau S, et al. Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence. Recommandations de la SFMU en partenariat avec la SFA et le GFRUP, et le soutien de la SP2A. *Ann Fr Med Urg* 2016;6:342–64.
- [7] Wood J, Traub S, Lipinski C. Safety of epinephrine for anaphylaxis in the emergency setting. *World J Emerg Med* 2013;4(4):245–51.
- [8] Reitter M, Petitpain N, Latache C, Cottin J, Massy N, Demoly P, et al. Fatal anaphylaxis with neuromuscular blocking agents: a risk factor and management analysis. *Allergy* 2014;69:954–9.