

Prévention du risque allergique anesthésique
Recommandations pour la pratique cliniqueEnquêtes d'opinion préalables¹Survey on prevention of anaphylactoid reactions occurring during
anaesthesia among French physiciansJ.M. Malinovsky^{1,*}, M. Pinaud¹, M.C. Laxenaire²¹Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU, Hôtel-Dieu, 44093 Nantes cedex 01, France²département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU, hôpital central, CO n° 34, 54035 Nancy cedex, France

1. Enquête auprès des anesthésistes

Une enquête d'opinion a été réalisée auprès de médecins-anesthésistes (également auprès de médecins allergologues et des IADE) avant la mise en route des recommandations pour la pratique clinique « Allergie et Anesthésie ». Cette enquête a été réalisée par questionnaires remis aux participants à plusieurs réunions d'enseignement post-universitaire regroupant ainsi cinq régions : Angers lors de la réunion de la Société des anesthésistes-réanimateurs de l'Ouest (Saro) puis Tours, Lille, Strasbourg et Nice à l'occasion des cours de la Fondation européenne d'enseignement en anesthésie et réanimation (FEEA).

Les questionnaires renseignés par 136 médecins anesthésistes-réanimateurs (sur 191 questionnaires) ont été analysés (Tableau 1). La Fig. 1 montre la répartition des 136 répondants médecins anesthésistes-réanimateurs selon les régions et selon leur mode d'exercice professionnel. La moitié d'entre eux exerçaient depuis 15 à 20 ans et près de 80 % d'entre eux depuis plus de 15 ans (Fig. 2). Ceci permet de comprendre certaines réponses ultérieures concernant les produits anesthésiques incriminés dans les accidents observés. Seule une infime minorité (1,1 %) ne semble pas concernée par le risque allergique en anesthésie (Fig. 3). Les trois quarts des répondants sont au minimum souvent préoccupés (Fig. 3). La préoccupation paraît anecdotique pour le quart d'entre eux. Néanmoins, 94 % des répondants ont été confrontés à une réaction allergique (à trois reprises

Tableau 1

Répartition des spécialités exercées par les répondants (191 questionnaires ou réponses)

Anesthésistes	136
IADE	27
Médecins du travail	8
Allergologues	7
IBODE	6
Pharmaciens	3
IDE hygiène	2
Neurochirurgien	1
Sage-femme	1

pour 50 % d'entre eux) motivant un traitement dans 90 % des cas, mais la fréquence n'a curieusement aucun lien avec le nombre d'années d'exercice. Trente pour cent ont encore des difficultés pour réaliser le bilan immédiat et 15 % pour réaliser le bilan secondaire et ce sont toujours les mêmes problèmes qui sont avancés : les problèmes techniques (absence de kit, quels examens, quels tubes, conditions de conservation, correspondant biologiste, délai de réponse, prise en charge financière), l'absence de coopération anesthésiste-allergologue et l'absence de référent en allergo-anesthésie (Fig. 4). Les produits incriminés apportent peu de surprises par rapport à ce que l'on savait, mais les experts ne pourront pas éluder le problème des antibiotiques ni celui de « l'iode » qui préoccupe 8 % des répondants (Fig. 5). Le « raptus » d'un répondant concernant l'halothane a-t-il un fondement scientifique ? La Fig. 6 est bien en rapport avec l'ancienneté d'exercice des répondants en particulier en ce qui concerne l'alfatésine, le propanidide et l'alcuronium.

En ce qui concerne la question 3, on retient que la moitié des répondants maîtrise moyennement ou mal le sujet et particulièrement mal le choix des produits en urgence chez

* Auteur correspondant.

¹ Cet article a fait l'objet d'une première publication dans Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 (Suppl 1) : 24–27.

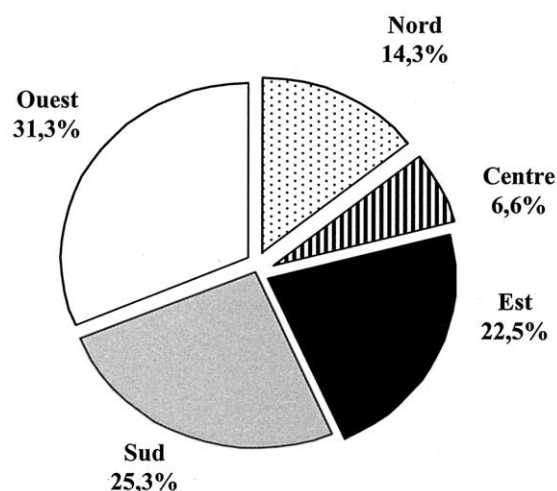


Fig. 1. Répartition des questionnaires médecins selon la région et lieu d'exercice professionnel.

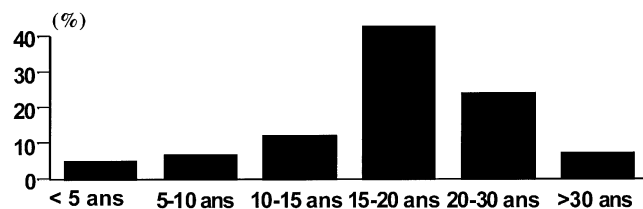


Fig. 2. Répartition selon l'ancienneté et l'exercice professionnel.

le sujet à risque (médiane = 3 sur une échelle de 0 à 5) (Fig. 7). Les anesthésistes de la région Est auraient moins de difficultés que ceux des autres régions pour avoir un référent qui leur donne des conseils anesthésiques (Fig. 8). L'analyse statistique par Anova est cependant non significative ($p = 0,07$) (peut-être un simple problème d'effectif ?). Les points beaucoup cités (médecins et non-médecins) mériteraient une réponse :

- durée de validité des tests ;

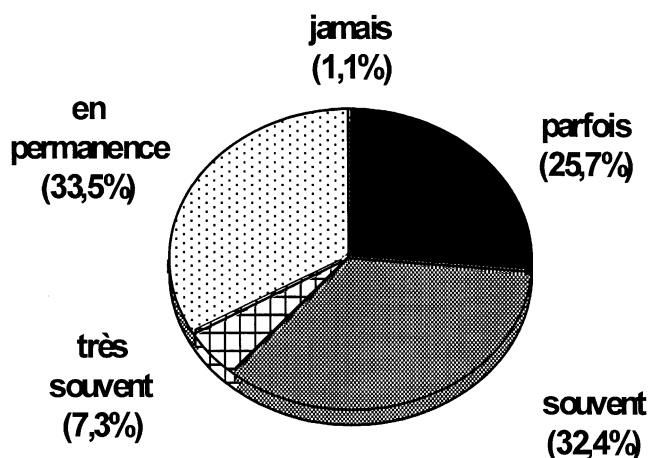


Fig. 3. Réponse à la question 1. Êtes-vous préoccupé par le risque allergique en anesthésie ?

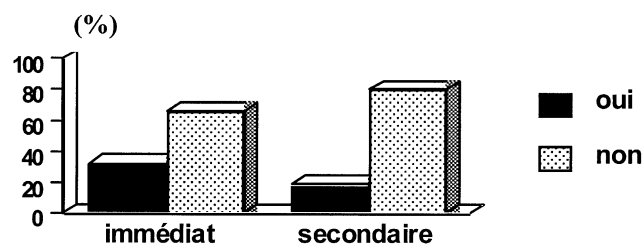


Fig. 4. Réponse à la question 2. Avez-vous eu des difficultés pour réaliser le bilan ?

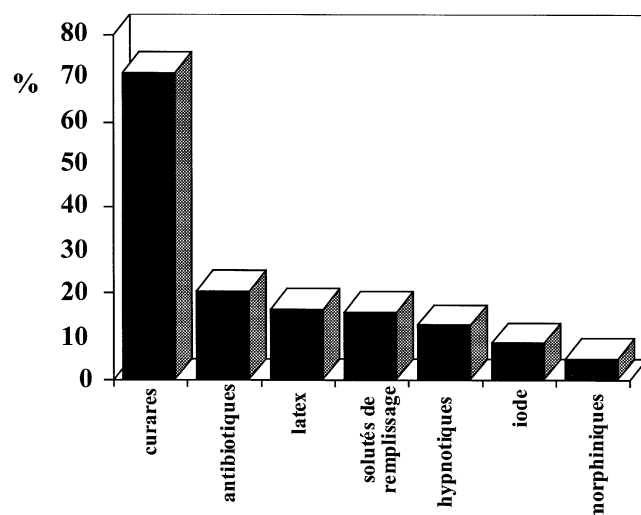


Fig. 5. Réponse à la question 2. À quels produits avez-vous imputé la réaction ?

- allergie au latex (transparence sur la composition des dispositifs, protection du personnel, protection des malades, environnement latex-free et organisation du programme opératoire) ;
- articulation : anesthésiste – allergologue – médecine du travail – soins infirmiers.

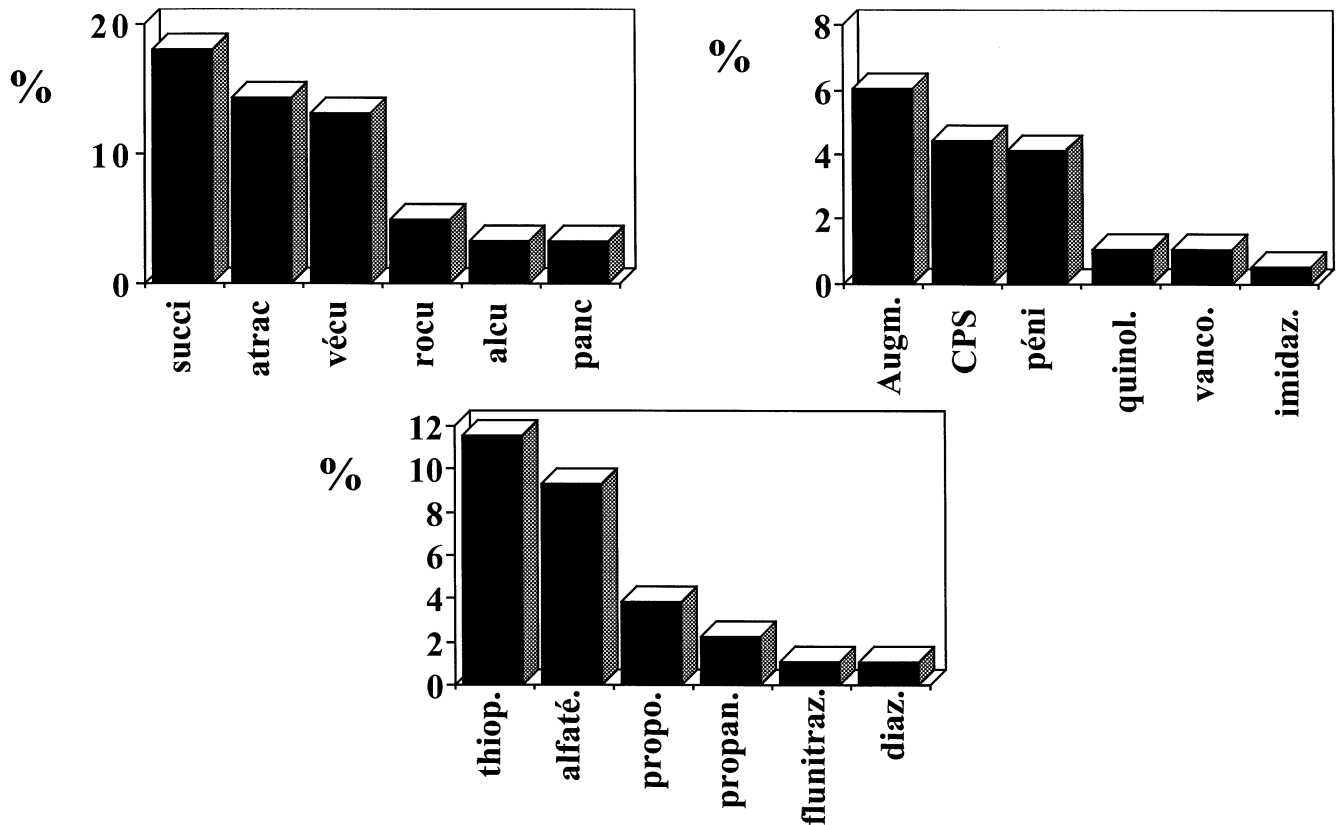


Fig. 6. Réponse à la question 2. À quels produits avez-vous imputé la réaction ?

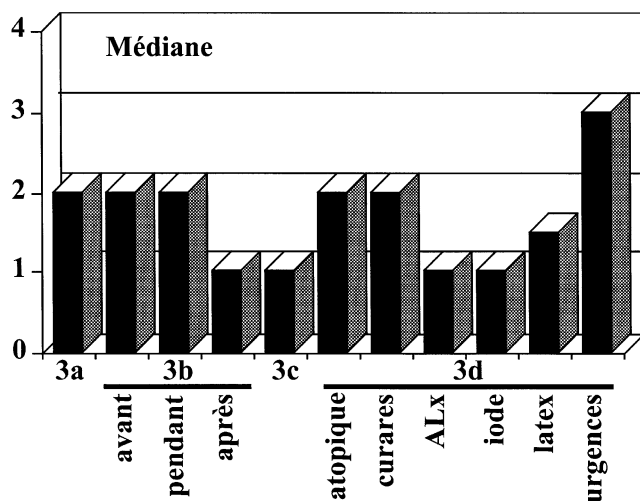


Fig. 7. Réponse à la question 3. Les points suivants vous posent-ils des difficultés ?

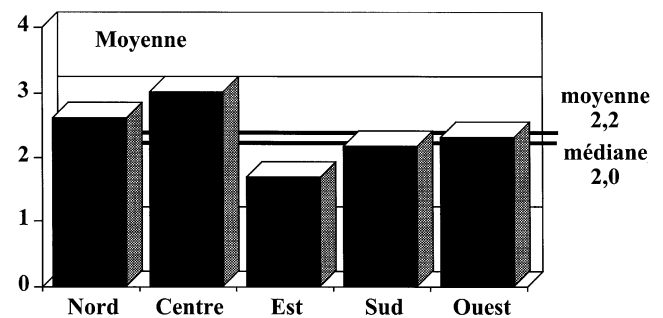


Fig. 8. Réponse à la question 3. Avoir un référent pour conseils anesthésiques vous pose-t-il des difficultés ?

2. Enquête auprès des allergologues

De la même manière, une enquête sur la pratique des tests cutanés avec les produits anesthésiques a été réalisée

en 1997 dans 29 consultations d'allergologie réparties sur le territoire français.

Il est apparu une grande variabilité dans la pratique et l'interprétation des tests cutanés.

2.1. Variabilité dans les sites de réalisation des tests

Si, dans la grande majorité des consultations (86 %), les prick-tests sont réalisés sur la face antérieure de l'avant-bras, les IDR en revanche sont pratiquées soit au niveau du

dos (pour 48 % des consultations), soit sur l'avant-bras (35 %), soit au niveau du deltoïde (17 %).

2.2. Variabilité dans le volume injecté dans le derme du produit à tester

Pour 70 % des consultations, le volume varie entre 0,02 à 0,05 mL ; pour 15 %, il est de 0,1 mL ; pour 13 %, il est de 0,25 à 0,30 mL. Certaines consultations raisonnent en taille de papule d'injection obtenue, plutôt qu'en volume injecté : la taille obtenue devant être de 3 à 4 mm de diamètre.

2.3. Variabilité dans les critères de positivité des prick-tests

Soit obtention d'une papule supérieure à celle du témoin positif (14 % des consultations), soit une papule supérieure à la moitié de celle du témoin positif (57 %), soit une papule de 2 mm de diamètre (6 %), soit une papule de 3 à 5 mm de diamètre (23 %).

2.4. Variabilité dans les critères de positivité des IDR

Soit doublement de la taille de la papule d'injection, soit triplement, soit obtention d'un œdème de 5 mm de diamètre, ou de 7 mm, de 8 mm, de 9 mm, voire égal ou supérieur à 10 mm, ou diamètre du témoin positif + 2 mm, ou diamètre du témoin positif + 3 mm.

2.5. Variabilité dans les valeurs seuil de dilution en IDR

Ainsi, avec le rocuronium, le seuil de dilution est fixé soit au 1/1000^e (8 % des consultations), soit au 1/100^e (38 % des consultations) soit au 1/10^e (54 % des consultations). Avec le cisatracurium, le seuil est de 1/1000^e (19 % des consultations) ou de 1/100 (48 %) ou 1/10 (33 %).

Dans la mesure où le diagnostic d'allergie IgE-dépendante repose sur la positivité des tests cutanés, il apparaît donc nécessaire d'uniformiser les pratiques et interprétations de ces tests pour éviter des résultats faussement positifs ou négatifs.