



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2014) xxx-xxx

Mise au point La trousse d'urgence : pour qui ?

Who needs an emergency kit?

C. Mouton-Faivre

Service d'anesthésie-réanimation et service de dermato-allergologie, CHU de Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

Reçu le 18 avril 2014 ; accepté le 23 avril 2014

Résumé

La prescription d'une trousse d'urgence – TU – nécessite que le patient soit parfaitement instruit du type d'allergie, et des situations à risque qui lui sont propres. La nature des symptômes allergiques qui risquent de survenir est évaluée en fonction de la symptomatologie que le patient a déjà présentée et du niveau de sensibilité allergique appréhendée par l'histoire clinique, le niveau de la sensibilité cutanée et pour l'allergique alimentaire, la concentration en IgE sériques spécifiques. La TU doit être adaptée à chaque patient, en fonction de sa pathologie et de son âge. En particulier, la prescription d'adrénaline doit être rationnelle et réservée aux patients ayant présenté une anaphylaxie, c'est-à-dire une réaction clinique mettant en jeu le pronostic vital. Enfin pour l'enfant, l'apprentissage de son entourage aux gestes de première urgence est indispensable. De ce fait, il serait souhaitable que l'éducation thérapeutique au sein des « écoles de l'atopie » soit développée dans chaque CHU.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Allergie hyménoptère ; Anaphylaxie ; Trousse d'urgence ; Éducation thérapeutique

Abstract

The prescription of an emergency kit implies that the patient must be accurately informed about his/her type of allergy and about his/her potential risk situations. Estimation of the potential allergic symptoms which might occur is based on the patient's previous clinical signs and his/her level of allergic sensitivity as judged by the clinical history, the level of cutaneous sensitivity and, for food-allergic patients, the serum concentration of specific IgE. The emergency kit should be adapted to each patient, according to his/her disease and age. In general, the prescription of epinephrine should be rational and restricted to patients having experienced a severe life-threatening anaphylactic reaction. Finally, for children, teaching parents or next of kin proper emergency management is mandatory. To this end, it would be desirable that patient education services be developed in "atopy schools" based in all university hospitals.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Allergy; Anaphylaxis; Emergency kit; Therapeutic education

L'anaphylaxie est par définition une réaction d'hypersensibilité immédiate qui met en jeu le pronostic vital [1]. La fréquence établie des réactions anaphylactiques est évaluée de 15 à 79 cas par an et par million d'habitants en Europe [2]. L'allergie alimentaire touche 4,7 % des enfants et 3,5 % des adultes européens. La fréquence des anaphylaxies est en constante hausse au cours de ces dernières années [3,4].

Les aliments les plus fréquemment impliqués sont à tous âges l'arachide et les fruits à coque en particulier la noisette et les Anacardiacees [3]. La fréquence des décès par allergie alimentaire est de 1 % favorisée par l'existence d'un asthme préexistant [3,5]. L'anaphylaxie d'origine médicamenteuse touche quasi exclusivement l'adulte, sa prévalence est difficile à évaluer. Les médicaments concernés sont dominés par les antibiotiques, les curares, les produits de contraste. Le risque de récurrence de la réaction anaphylactique est 4 fois plus grand en cas d'allergie alimentaire que d'allergie

E-mail addresses: claudie.mouton@yahoo.fr, claudie.mouton@wanadoo.fr.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2014.04.007>

1877-0320/© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

médicamenteuse [6]. L'allergie aux venins d'hyménoptères est estimée entre 0,38 et 3,9 % de la population générale en France [7,8], et concerne le plus souvent l'adulte.

Il n'est pas toujours aisé d'établir le diagnostic d'une anaphylaxie [9]. Si le tableau clinique associe urticaire, angioedème et dyspnée et si le délai de survenue est inférieur à 30 minutes après le contact (ingestion, injection) d'un allergène médicamenteux (inférieur à 15 minutes) alimentaire (5 minutes à 3 heures en fonction de l'aliment) ou venin d'hyménoptère (inférieur à 5 minutes), la nature allergique IgE-dépendante de la réaction est hautement probable. En revanche, une sensation de dyspnée isolée, une sensation de malaise chez un vagal, devront faire évoquer les diagnostics différentiels de l'anaphylaxie [4].

Négliger l'histoire clinique conduit à la confusion diagnostique. Le diagnostic d'une allergie ne peut être fondé uniquement sur le résultat des tests cutanés et/ou un taux sérique d'IgE spécifiques ; la nature des symptômes cliniques doit toujours guider le raisonnement.

C'est en se fondant sur l'histoire clinique, le niveau de sensibilisation allergique de chaque patient, la nature anxieuse ou négligente de ce dernier que la trousse d'urgence sera délivrée avec l'accompagnement psychologique que nécessite une telle prescription. Ainsi, la TU doit être un outil d'autonomie et non un véhicule d'angoisse. La TU allume un signal propre à chaque patient : « Je suis en danger » ou au contraire « Je suis protégé(e) », tout dépend de la façon dont le médecin allergologue la propose. L'explication par le médecin fournie lors de la prescription de la TU est fondamentale. Combien de patients sont en possession d'une seringue d'Adrenaline et ne savent pas quand et comment l'utiliser ? L'éducation thérapeutique (ET) faite lors de la consultation allergologique et idéalement relayée par des consultations d'ET constitue le socle de la prescription de la TU. Un patient éduqué comprendra l'intérêt de la TU et saura l'utiliser lors des situations à risque [11]. De ce fait et selon la recommandation « Conduite à tenir après le traitement d'urgence d'une suspicion d'anaphylaxie » [10] de la Haute autorité de santé d'octobre 2013, tous les patients ayant eu une prise en charge pour suspicion d'anaphylaxie doivent bénéficier d'une consultation d'allergologie pour une prise en charge diagnostique, thérapeutique et éducationnelle.

1. À qui prescrire une TU ?

1.1. Aux patients allergiques aux aéro-allergènes

La TU doit être prescrite aux patients allergiques aux aéro-allergènes en fonction de l'expression des symptômes antérieurs et du niveau de sensibilisation évalué au cours de la consultation allergologique. Ainsi, il sera légitime d'instaurer la TU en cas de rhino-conjonctivite déclenchée par exemple par le contact avec un animal ou toute autre situation à risque. L'asthme allergique est accompagné de rhinite dans 80 % cas. La rhinite est accompagnée d'un asthme dans 10–40 % cas, son existence doit, de ce fait, conduire à dépister un asthme afin de le prévenir [12]. Ainsi, le traitement de la

rhinite fait partie de la prévention de la crise d'asthme. L'asthme est une urgence thérapeutique qui légitime la prescription d'une TU laquelle doit être accompagnée de l'explication de l'utilisation du bronchodilatateur avec ou sans chambre d'inhalation. Seul un patient instruit de son maniement sera capable de l'utiliser.

1.2. Aux patients allergiques alimentaires

La TU sera prescrite aux patients allergiques alimentaires : le décès par allergie alimentaire est le plus souvent la conséquence d'un asthme aigu grave chez le patient porteur d'un asthme sous-jacent [2,3]. Le traitement de fond de l'asthme sous-jacent représente donc une priorité qu'il faut expliquer au patient et à son entourage. Les antécédents de réaction d'urticaire étendue avec ou sans angioedème, chute tensionnelle ± tachycardie et symptômes digestifs justifient pleinement la prescription d'une TU. Le patient allergique à un aliment rare et coûteux sera moins à risque que l'allergique à l'arachide. Le patient gourmand voire glouton devra être plus averti que le patient se méfiant de tout aliment. Le port de la TU doit permettre de prévenir le développement d'une attitude asociale telle que le refus de manger avec les autres, de partir en groupe, d'aller au restaurant ou de prendre un repas en dehors de chez soi... On observe de véritables « anorexies » induites par le diagnostic d'allergie alimentaire, fruits d'un discours médical anxiogène relayé par la famille, l'école, etc. Il apparaît nécessaire d'évaluer tous les ans l'évolution de l'allergie alimentaire mais aussi ses conséquences psychiques, familiales et sociales, et réexpliquer la TU en fonction de ces observations.

1.3. Aux allergiques aux venins d'hyménoptères

La TU doit être prescrite aux allergiques aux venins d'hyménoptères : l'appréciation du risque se fait en fonction de la réaction clinique observée après piqure d'hyménoptère. La survenue d'une réaction locale banale ne justifie pas la prescription d'une TU. Au contraire, un antécédent de réaction locorégionale étendue, un antécédent de réaction généralisée permet de prédire un risque de réaction généralisée de 5 % et de 30 à 50 % respectivement, en particulier s'il s'agit d'un adulte [7]. Le patient allergique au venin d'abeille est plus à risque de récurrence que celui allergique au venin de guêpe.

La prévalence de la sensibilisation allergique évaluée par la présence d'IgE spécifiques sériques est établie chez les patients allergiques au venin d'abeille ou de guêpe de 6 à 17 % des cas et de 12 à 21 % des sujets respectivement. La sensibilisation est fréquente, l'allergie rare. La sensibilité allergique disparaît en 3 ans dans 50 % cas. Le risque de présenter une réaction générale chez les patients sensibilisés est évalué à 17 % [8,13]. De ce fait, la TU doit être préconisée chez tous les patients qui ont développé une réaction locale étendue ou une réaction générale, son contenu adapté en fonction de la gravité des symptômes observés. L'indication de l'immunothérapie se décidera parallèlement. Il faut apprendre au patient à disposer de sa TU constamment et en toute circonstance. Bien que

l'immunothérapie spécifique soit hautement efficace, le port de la TU est recommandé chez tout patient à risque de réaction généralisée, désensibilisé ou non.

1.4. Aux patients allergiques à certains médicaments

La TU sera prescrite aux patients allergiques à certains médicaments : le baiser d'un proche traité par amoxicilline, l'exposition à la poudre d'un sirop d'amoxicilline chez un patient hautement sensibilisé à l'amoxicilline peut déclencher une réaction anaphylactique [14]. Il paraît nécessaire dans ces cas rares d'établir la prescription d'une TU. La TU doit être adaptée à chaque patient, en fonction de sa pathologie et de son âge. En particulier, la prescription d'adrénaline doit être rationnelle et réservée aux patients ayant présenté une anaphylaxie, c'est-à-dire une réaction clinique mettant en jeu le pronostic vital. Néanmoins, il n'y a pas de contre-indication à l'administration d'adrénaline lorsque son utilisation s'impose. Ainsi, une cardiopathie hypertensive ou ischémique, la grossesse, l'âge avancé, le traitement par β -bloquant ne sont pas des contre-indications à l'injection d'adrénaline lors du traitement d'une anaphylaxie [9].

Il n'y a aucune indication à prescrire une TU chez un patient allergique à un médicament de l'anesthésie ou à un produit de contraste.

2. Conclusion

La prescription de la TU est une prescription particulière qui doit être accompagnée d'un discours s'adaptant à chaque patient. Elle doit avoir lieu lorsque le patient a reçu une information pertinente de son (ses) allergie(s), après que l'on se soit assuré qu'il a bien intégré les informations concernant la nature de ses allergies et le risque inhérent à celles-ci. L'éducation thérapeutique est la pierre angulaire de la prévention de l'anaphylaxie. Elle a pour but de faire comprendre la nature des allergènes et des situations à risque mais aussi d'expliquer la manière d'utiliser chaque médicament contenu dans la TU. Le contenu de la TU doit être adapté à chaque patient en fonction de son âge, des co-morbidités associées, de la gravité de la réaction clinique antérieure et

enfin du niveau de sensibilité allergique en fonction de chaque allergène.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, et al. A revised nomenclature for allergy: an EAACI position statement from the EAACI Nomenclature Task Force. *Allergy* 2001;56:813–24.
- [2] Panesar SS, Javad S, de Silva D, et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy* 2013;63:1353–61.
- [3] Moneret-Vautrin D-A. Épidémiologie de l'allergie alimentaire. *Rev Fr Allergol* 2008;48:171–8.
- [4] Soar J, Pumphrey R. Emergency treatment of anaphylactic reactions—Guidelines for healthcare providers Working of Group of the Resuscitation Council (UK). *Resuscitation* 2008;77:157–69.
- [5] Vervloet D, Rance F, Clement O. L'asthme représente-t-il un facteur de risque de l'anaphylaxie ? *Rev Mal Respir* 2007;24:27–33.
- [6] Alonso MA, Garcia MV, Hernandez JE. Recurrence of anaphylaxis in a Spanish series. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2013;23:383–91.
- [7] Birnbaum J, Vervloet D. Désensibilisation aux venins d'hyménoptères : mise en œuvre, techniques et arrêt. *Rev Fr Allergol* 1997;37:1063–9.
- [8] Rüeff F, Przybilla B, Wüthrich B, et al. Predictors of severe systemic anaphylactic reactions in patients with Hymenoptera venom allergy: importance of baseline serum tryptase—a study of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology Interest Group on Insect Venom Hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124:1047–54.
- [9] Dewachter P, Mouton-Faivre C, Nace L, Longrois D, Mertes PM. Treatment of anaphylactic reaction in pre-hospital and in the emergency room: literature review. *Ann Fr Anesth Reanim* 2007;26:218–28.
- [10] http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201311/ana-phylaxie_fiche_memo.pdf.
- [11] Cordebar V, et al. Éducation thérapeutique et outils d'évaluation. *Rev Fr Allergol* 2012;53:424–8.
- [12] Costa DJ, Bousquet PJ, Ryan D, Price D, Demoly P, Brozek J, et al. Guidelines for allergic rhinitis need to be used in primary care. *Prim Care Respir J* 2009;18:250–7.
- [13] Sturm GJ, Kranzelbinder B, Schuster C, Sturm EM, Aberer W. Sensitization to Hymenoptera venoms is common, but systemic sting reactions are rare. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133(6):1635–43.
- [14] Drouet M, Nicolle B, Mauffret N. Unusual clinical form of amoxicillin allergy. *Allerg Immunol (Paris)* 1996;28:311–2.