

Archives de pédiatrie ■■ (2006) ■■■-■■■

CAS CLINIQUE

Un début de repas mouvementé... et évolutif

A move meat beginning... and evolutive

J. Lavaud

Service mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique, hôpital Necker-Enfants malades, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France

Reçu le 5 septembre 2006 ; accepté le 8 septembre 2006

Résumé

Les allergies alimentaires sont de plus en plus nombreuses et fréquentes chez l'enfant quel que soit son âge. À tout moment, une manifestation clinique rapidement évolutive et alarmante peut survenir, nécessiter l'appel au Samu (15) et l'intervention d'une équipe médicalisée du SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation). Le 15, numéro départemental téléphonique gratuit pour les urgences médicales, enregistre depuis une dizaine d'années une augmentation régulière de ces appels spécifiques, comme l'illustre notre observation.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Food allergies are more and more numerous, and frequent in children at all ages. At any moment, a clinical manifestation, quickly evolutive and alarming, must need the help call at phone 15, and the intervention of a medical team of SMUR. The departmental, free, cell to 15 for all medical emergencies note a regular increase of these specific calls since ten years, as this following case report shows it.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Œdème de Quincke ; Asthme ; Bronchospasme

Keywords : Food allergy ; Quincke's oedema ; Asthma ; Bronchoconstriction

1. OBSERVATION

Il est 19 heures et 30 minutes et un appel est reçu au 18 (sapeurs-pompiers) d'un tiers depuis un restaurant pour une asphyxie chez un garçon de 13 ans, marquée par des difficultés respiratoires brutales et rapidement majeures avec aspect bleuté du visage, siège d'une éruption et d'un gonflement généralisé. Le 18 envoie son véhicule de premiers secours le plus proche avec des secouristes sapeurs-pompiers et déclenche le 15 (procédure rouge).

1.1. À l'arrivée du SMUR

L'enfant est en position demi-assise, muni d'un masque facial à haute concentration d'O₂ (15 l/min).

Adresse e-mail : agnes.lagrasse@nck.aphp.fr (J. Lavaud).

Il est somnolent, mais conscient, présente une dyspnée inspiratoire bruyante avec bradypnée de type laryngé, une cyanose des extrémités, un angio-œdème majeur [2].

À l'auscultation pulmonaire, il existe des sibilants expiratoires bilatéraux prédominant aux deux bases avec un freinage expiratoire net. Une tachycardie majeure est confirmée par le cardiomètre (200/min), après mise en place immédiate du Propaq 200 plus. La SaO₂ est à 85 %, la PA (pression artérielle) à 136/95, moyenne 115 et la FR (fonction respiratoire) à 14/mn.

1.2. Urgence thérapeutique

- Nébulisation de Bompard (1 + 2 + 3) soit une ampoule de 1 ml = 1 mg d'adrénaline, deux ampoules de 1 ml de

Betnesol[®] soit 8 mg, 3 ml de NaCl à 0,9 % et 6 l/min d'oxygène dans le nébuliseur avec un masque transparent appliqué sur le visage, que l'enfant accepte facilement après l'en avoir préparé ;

- voie d'abord veineuse périphérique par cathéter court G 20 sur le dos de la main pour injecter 10 mg/kg d'hémisuccinate d'hydrocortisone (HS-HC : 400 mg pour 40 kg) et 50 gamma/kg de Polaramine[®] ;
- adrénaline diluée au 1/10, seringue de 10 ml contenant 1 ml d'adrénaline 1 mg avec 9 ml de NaCl 0,9 %, bien mélangée, avant une injection lente IV (intraveineuse) pendant une minute ;
- après le Bompard, nébulisation de Salbutamol[®] concentré à 0,5 %, 1 ml, avec Atrovent[®], formule adulte en monodose plastique de 0,50 mg, avec 3 ml de sérum physiologique et un débit de 2 à 6 l/mn.

Pendant le premier examen et la mise en condition paramétrique et thérapeutique immédiate, on apprend :

- que ce garçon de 13 ans est un polyallergique sévère : eczéma du nourrisson dès l'âge de trois mois, asthme aux acariens de poussière de maison et aux pollens à partir de l'âge de deux ans, crises fréquentes avec plusieurs hospitalisations de brève durée sans séjour en réanimation ;
- qu'il a présenté plusieurs épisodes d'allergie alimentaire de type urticaire ou angio-œdème modéré sans atteinte respiratoire avec cacahuète, noix de cajou, noix et soja [3] ;
- qu'il a eu trois épisodes antérieurs de picotement et de gonflement de la lèvre inférieure en mangeant des noix ;
- qu'il dispose d'un stylo Anapen[®] dosé à 0,3 mg dans sa poche de veste, « oublié » et non utilisé par les parents ;
- qu'il vient de manger une salade aux noix. Dans les trois minutes qui ont suivi, il a ressenti des picotements et un gonflement labial, puis est apparu un œdème érythémateux facial généralisé avec bouffissure des paupières. La mère donne alors une cuiller à dessert de Primalan[®] et deux comprimés de Betnesol[®] à 2 mg sans aucune amélioration, alors qu'apparaît une gêne respiratoire de type bradypnée inspiratoire avec toux rauque. C'est à ce moment que le patron du restaurant fait appel au 18 (sapeurs-pompiers).

I.3. Évolution immédiate sur le terrain

- Amélioration de l'état de conscience, mais l'enfant, angoissé, déclare qu'il va mourir. On le rassure avec l'aide de la mère, qui reste à proximité et encourage son enfant à se calmer et à essayer de respirer au mieux ;
- petits accès de toux rauque ;
- régression de la cyanose des extrémités et en péri-buccal, de la gêne respiratoire. La SaO₂ s'élève rapidement à 92 % en dix minutes, puis à 96 % en 30 minutes. La tachycardie régresse dans le même temps à 138/mn ;
- les sibilants et le freinage expiratoires persistent, alors que la nébulisation de Salbutamol[®] et d'Atrovent[®] a débuté.

Diagnostic retenu

Allergie à la noix. Angio-œdème avec participation laryngée et crise d'asthme.

Décision de transfert aux urgences hospitalières de secteur qui disposent d'un service de réanimation pédiatrique polyvalent. Durant le transport, poursuite de la nébulisation Salbutamol[®]-Atrovent[®] avec 6 l/min d'oxygène en continu, et injection de Célestène IV 0,5 mg/kg.

I.4. À l'arrivée aux urgences hospitalières

- Bon état général, enfant calme, bien conscient ;
 - FR 20/min. Plus de tirage sus-sternoclaviculaire ;
 - rose, SaO₂ à 97 % ;
 - sibilants expiratoires encore présents avec un léger freinage en fin d'expiration.
- Simple surveillance.

I.5. Quarante minutes après l'admission

- Cyanose, malaise, désaturation profonde, SaO₂ 75 % ;
- disparition des sibilants expiratoires et abolition de tout murmure vésiculaire ;
- bradycardie à 60/mn.

Dg : spasme trachéobronchique généralisé probable.

→ Reprise ventilatoire à l'insufflateur manuel de type Laerdal[®] avec masque, en O₂ pur, sans efficacité. Impossibilité d'une ventilation manuelle satisfaisante, malgré de fortes pressions. Murmure vésiculaire pratiquement inaudible ; rien ne se passe.

Nous pratiquons alors une injection de 1 mg d'adrénaline en IV.

I.6. Appel à l'équipe de réanimation de garde

- Décision d'intubation en séquence rapide (ISR), Étomide[®] 0,2 mg/kg et Célocurine[®] 1 mg/kg. Intubation buccale avec une sonde de 6,5 à ballonnet sans difficulté, puis ventilé à l'Ambu en O₂ pur ; amélioration de la SaO₂ à 89 % ; accélération du pouls à 110/mn ;
- transfert en réanimation sans problème.

I.7. En unité de réanimation

- Mis en ventilation mécanique assistée avec des pressions d'insufflation élevées, un rapport I/E à 1 et une fréquence à 12/mn ;
- Salbutamol[®] IV lent sur vingt minutes au PSE (5 gamma/kg), puis perfusion débutée à 0,5 gamma/kg/minute, qui

sera augmentée progressivement jusqu'à 8 gamma/kg/minute en trois heures, pour obtenir en milieu de nuit la réapparition des sibilants expiratoires et un bon murmure vésiculaire avec quelques brefs accès de toux ;

- amélioration rapide dans la matinée du lendemain permettant l'extubation à H₂O et autorisant la sortie de réanimation deux jours après pour le service de pédiatrie générale.

2. COMMENTAIRES

Cette observation est intéressante à plus d'un titre car elle illustre bien :

- le risque d'un angio-œdème avec une participation laryngée, malgré sa rareté chez l'enfant, et d'une crise d'asthme avec bronchospasme brutal qui peuvent engager le pronostic vital, comme un choc anaphylactique à un produit situation bien sûr absente dans notre observation ;
- le risque, toujours réel, d'observer ces accidents, même si le produit incriminé n'a déclenché auparavant que des incidents allergiques mineurs, même répétitifs. D'où la règle, « un enfant reconnu allergique à un produit alimentaire devra l'exclure à vie de son alimentation », excepté la plupart des intolérances aux protéines du lait de vache qui ne sont que transitoires[1] ;
- qu'il faut toujours hospitaliser l'enfant, même après une amélioration rapide et nette de l'état du patient, avec une bonne régression des signes cliniques sous le traitement initié : inotropes, corticoïdes, antihistaminiques, broncho-dilatateurs, oxygénothérapie. On peut en effet, comme ici, observer une complication brutale secondaire, tels un bronchospasme ou un spasme laryngé ;
- qu'un même produit peut déclencher deux manifestations allergiques associées, qui évoluent chacune pour leur propre compte, ici un angio-œdème avec participation laryngée et une crise d'asthme avec des sibilants et un freinage expiratoire éloquent. Nous observons cette association clinique deux à trois fois par an au SMUR

pédiatrique Necker-Enfants malades ;

- la mauvaise utilisation des stylos Anapen[®], que possède un certain nombre de grands allergiques, surtout des polyallergiques [4]. En situation de grande urgence et dans un lieu public, le produit est souvent oublié, donc non injecté, alors qu'il aurait pu être utile. Nous avons aussi observé cette situation à deux autres reprises en cinq ans. Il y a là, toute une information plus complète et une éducation de l'enfant et de ses parents à parfaire, si on veut voir cet outil thérapeutique utilisé en l'absence de médecin. Il est souhaitable que les parents ou l'entourage appellent le 15 pour décrire la symptomatologie présentée par l'enfant, afin d'avoir l'accord du médecin régulateur quant à l'injection de l'adrénaline dans le quadrant antéroexterne de la cuisse, entre « pli et couture » du pantalon ;
- l'inefficacité des corticoïdes et des antihistaminiques per os dans des situations allergiques majeures de grande urgence.

La cacahuète, la noix et d'ailleurs tous les fruits à coque, ont un grand pouvoir allergisant chez nos enfants. En règle générale, leur introduction ne doit pas se faire avant cinq ans et se limiter à un seul fruit à la fois, sans oublier que cela évitera également quelques syndromes de pénétration après inhalation fortuite de fragment(s) de graine avec constitution d'un corps étranger trachéobronchique. Attention donc aux mélanges à apéritif qui multiplient les risques : cacahuètes, noix, noix de cajou, de pécan ou du Brésil, noisettes. Les petites mains sont alertes et rapides.

RÉFÉRENCES

- [1] Hatahet R. Quand penser à l'allergie alimentaire chez l'enfant ? Impact médecin hebdo. Dossier FMC du praticien 1997; 379: 7-8, sous la direction du Professeur D.-A. Moneret-Vautrin.
- [2] Labrune P, Oriot D, Labrune B, et al. In: Urgences pédiatriques. Paris: éd. Estem; 2004. p. 1202.
- [3] Molkhou P. Les allergies alimentaires. Rev Int Pediatr 1999;296:19-28.
- [4] Taudou P, Leclercq G. Diagnostic et traitement d'un état de choc allergique en milieu scolaire. Rev SAMU 2001;64-7.