

Item333-Œdème de Quincke et anaphylaxie.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un œdème de Quincke et une anaphylaxie. - Prise en charge immédiate pré-hospitalière et hospitalière (posologies).		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- CC: Prise en charge d'un choc anaphylactique / SFAR / 2011 - Collèges : CEP	- HyperSe type 1 / immédiate / IgE - Médicament / aliment / venin / latex - Installation rapide et brutale: < 2H - Cutané / respiratoire / CV / digestif - Tryptase / prick-test / IgE spécifique - LVAS / adrénaline / NaCl / O2 / β2m - EduP: carte / liste / trousse / Anapen	- Signes de gravité = choc - Bilan allergologique au décours - Arrêt du médicament / éviction - Adrénaline 0.1mg IV (0,5mg IM) - Education du patient +++ - Déclaration pharmacovigilance

Généralités

Définitions

- **Anaphylaxie**: manifestations graves de l'hypersensibilité immédiate (type 1)
- **Haptène**: petite molécule devant immunogène après fixation à une protéine

Physiopathologie (cf [Hypersensibilités et allergies chez l'enfant et l'adulte : aspects physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.](#))

- = Réaction d'hypersensibilité immédiate (type 1 de la classification de Gell & Coombs)
- **Phase de sensibilisation** (« contact préparant »)
 - = 1er contact avec l'Ag: les lymphocytes B synthétisent des IgE
 - → IgE se fixent par leur Fc sur les PNB et mastocytes tissulaires
- **Phase effectrice ou de ré-introduction** (« contact déclenchant »)
 - = 2nd contact avec l'Ag (maintenant allergène) → se fixe sur les IgE
 - Dégranulation des PNB / mastocytes = libération d'histamine, LT, PG, PAF..
 - Stimulation des R-H1 par histamine → bronchoC / vasoD / extravasation, etc
- **Choc anaphylactique** (cf [État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique \(voir item 154\), cardiogénique, anaphylactique.](#))
 - **Vasodilatation** périphérique + extravasation = choc distributif
 - **Phase compensatrice** (choc chaud hyperkinétique): tachycardie / PA maintenue
 - **Phase d'épuisement** (choc froid hypokinétique): collapsus / chute du Qc / ACR
- **!! Remarque: réaction anaphylactoïde**
 - Activation mastocytes/histamine **mais** non médiée par des IgE spécifiques
 - Action toxique directe ou par complément → 1er contact non nécessaire !
- **!! Depuis 2006 on en parle plus que de réaction anaphylactique (CEP)**
 - On ne parle plus de réaction anaphylactoïde
 - Mais on distingue 2 type de réactions anaphylactiques :
 - manifestations de mécanismes allergique
 - manifestations de mécanisme non allergique

Etiologies (5)

- **Médicamenteuses (50%)**: béta-lactamine ++ / curare ++ / AINS / iode / sulfamide..
- **Alimentaire (25%)**: arachide / crustacés / lait / sésame / oeufs / fraise, kiwi, banane..
- **Venins (20%)**: hyménoptères (abeilles, bourdons, guêpes)
- **Latex**: gants chirurgicaux ++ / ballons de baudruche
- **Non retrouvée**: !! cause non retrouvée dans 10 à 20% des cas



Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** atcd allergique / terrain atopique (asthme, rhinite, etc)
 - **Prises:** rechercher une **facteur déclenchant (A savoir !)**
 - **Anamnèse:** apparition **brutale** et rapide (secondes à < 2h)
 - **Prodromes:** flush / céphalées / rhinorrhée / prurit / dyesthésies (!! **traitement en urgence**)
- **Examen physique**
 - **Atteinte cutanéomuqueuse**
 - **urticatoire:** papules érythémato-oedémateuses prurigineuses fugaces (cf [Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticatoire, dermatites atopique et de contact](#))
 - **autres:** flush et rash cutané / prurit / oedème des lèvres / oedème de la langue (+++)
 - **Atteinte respiratoire**
 - **oedème laryngé:** à évoquer devant toute dyspnée inspiratoire +++
 - **bronchospasme:** dyspnée / wheezing +/- crise d'asthme (cf [Hypersensibilité et Allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte. Asthme, rhinite.](#))
 - **Atteinte cardio-circulatoire**
 - HypoTA +/- collapsus (PAs < 90mmHg) avec PAd abaissée (car vasoplégique)
 - **Signes de choc: (A savoir !)** tachycardie / collapsus / oligurie / !! pas de marbrures
 - **Atteinte digestive**
 - Douleurs abdominale et/ou nausée-vomissements / diarrhée, etc.
 - **Atteinte neurologique**
 - Troubles de la conscience / convulsion / coma
 - **Forme particulière : Oedème de QUINCKE**
 - **Oedème de l'hypoderme dans les zones de tissus cutanés laches :**
 - Tumeur sous cutané ferme, non-érythémateuse, mal limitée, peu ou pas prurigineuse avec sensation de tension douloureuse
 - paupière, lèvre, OGE...
 - **Oedème des muqueuses dans la zone pharyngo-laryngé :**
 - Dysphonie, Dysphagie
 - Dyspnée laryngée : bradypnée inspiratoire, stridor jusqu'à la détresse respiratoire, tirage
 - **Signes associés :**
 - Urticaire +++, rhinite, conjonctivite, troubles digestifs
- **Critères diagnostiques (CC): anaphylaxie probable si (3) +++**
 - **Début brutal:** quelques minutes à quelques heures
 - **avec atteinte cutanée et/ou muqueuse:** urticaire généralisée / prurit / flush / oedème
 - **et au moins un des signes suivants :**
 - **atteinte respiratoire:** dyspnée / bronchospasme / wheezing / stridor
 - **atteinte cardio-circulatoire:** baisse de la PA / collapsus / syncope
- **Classification en stades de gravité des réactions anaphylactiques**

grade I	<ul style="list-style-type: none"> ◦ signes cutanéomuqueux diffus isolés ◦ = urticaire / prurit / angio-oedème
grade II	<ul style="list-style-type: none"> ◦ atteinte multi-viscérale associée modérée ◦ = dyspnée / tachycardie / hypotension / vomissements
grade III	<ul style="list-style-type: none"> ◦ atteinte multi-viscérale associée sévère (pronostic vital) ◦ = collapsus / troubles du rythme / bronchospasme
grade IV	<ul style="list-style-type: none"> ◦ arrêt circulatoire et/ou respiratoire

Examens complémentaires

- **Pour le diagnostic positif**
 - AUCUN, il est clinique (cf critères supra)
- **Pour évaluation de la gravité = bilan de choc (cf État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.)**
 - **GDS avec lactatémie:** acidose métabolique et **hyperlactatémie (> 2mM)**
 - **TA-PAL-GGT:** recherche cytolyse et cholestase (« foie de choc »)
 - **iono-urée-créatinine:** recherche **IRA** (fonctionnelle puis par NTA) / hyperkaliémie
 - **NFS-P ; TP-TCA:** recherche **CIVD** / anémie / leucocytose / hyperéosinophilie
 - **ECG / troponine:** recherche une ischémie: SCA (sur terrain coronaire ++)
 - **Radiographie thorax:** recherche **OAP** cardiogénique ou lésionnel (SDRA)
 - **CPK-LDL-Mb:** recherche une rhabdomyolyse

- **Diagnostic étiologique: bilan allergologique (A savoir !)**
 - **Bilan allergologique immédiat (3) (à 30min et à 2h)**
 - **Tryptase sérique +++** : pic en 1h et décroissance sous 10h / médiation IgE ++
 - **Histamine plasmatique**: peu d'intérêt sauf si sous 5min / sinon disparaît en 1h
 - **IgE spécifiques restreints**: venins / latex-curare-thiopental si post-anesthésie
 - **Bilan allergologique au décours (pas avant +4-6S)** (cf [Hypersensibilités et allergies chez l'enfant et l'adulte : aspects physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.](#))
 - **Interrogatoire**: !! NPO c'est la base de tout bilan allergologique
 - **Test cutané: prick tests** (pas de patch-tests puisque hyperSe type 1)
 - **Dosage des IgE spécifiques**: (RAST) si tests cutanés négatifs
- **En cas d'oedème de Quincke sans urticaire : Diagnostics différentiels** (cf [Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopique et de contact](#))
 - Evoquer un oedème angio-neurotique héréditaire ++
 - → dosage de l'inhibiteur de la C1-estérase (**C1 Inh ↓**)
 - Syndrome cave supérieur
 - Eczéma de contact
 - Erysipèle de la face

Traitement

!! Avant toute chose

- **ARRÊT** de TOUS les traitements / éviction de l'allergène +++ (**A savoir !**)

Mise en condition

- Hospitalisation / en urgence / pendant **≥ 24h** (cf risque de **récidive** ++)
- Mise en décubitus dorsal / **surélever les jambes** à 90° (position de Trendelenburg)
- Assurer la **liberté des VAS** / scope ECG / pose VVP
- !! l'absence de VVP ne doit pas retarder l'adrénaline: **IM (A savoir !)**

Stabilisation hémodynamique

- Objectif: PAM \geq 65mmHg
- **Adrénaline: selon le grade de l'anaphylaxie (CC Prise en charge d'un choc anaphylactique / SFAR / 2011)**
 - **grade I**: pas d'adrénaline
 - **grade II**: bolus 10-20 μ g en IV /2min
 - **grade III (choc)**: bolus 100-200 μ g = **0.1mg/2min** en IVD (**ou 1mg IM**)
 - **grade IV (arrêt)**: bolus **1mg/4min** en IVD puis 5mg à partir du 3e (cf [Arrêt cardio-circulatoire.](#))
- **En contexte ambulatoire (CEP) :**
 - **0,5 mg IM**
 - Répéter l'injection à 5 min si non amélioration
 - Éviter la voie sous-cutanée (moins efficace), et réserver la voie IV (effets secondaires) aux Réa/Anesth/Urg (sauf si Arrêt cardiocirculatoire !)
- **Remplissage**
 - Cristalloïdes (NaCl) 500ml/15min (!! pas de colloïdes: allergéniques)

En cas de grossesse :

- Éviter adrénaline en première intension (TC foetale)
- Décubitus latéral gauche (diminution syndrome cave inférieure)
- Ephédrine IVD (vasopresseur indirect)

Traitement symptomatique

- **Oxygénothérapie**: au masque haute concentration +/- **IOT** ou Trachéotomie / pour SpO2 &Ge; 95%
- **Corticoïdes**: prednisone 1mg/kg PO / Methylprednisolone 1mg/kg en IV
- **Si bronchospasme**: β 2-mimétique (salbutamol) 5mg/20min en nébulisation +/- IV si échec
- **Anti-histaminiques**: polaramine (anti-H1) 50mg en IV

Traitement préventif au décours +++

- **Education du patient (A savoir !)**
 - **Contre-indication** A VIE du médicament/allergène incriminé
 - Port d'une **carte** (coordonnées du médecin traitant)
 - Remise d'une **liste** de médicaments/aliments interdits
 - **Trousse (kit)** d'urgence: adrénaline en seringue toujours sur soi (Anapen®)
 - Signes **d'alerte** et modalités d'injection de l'adrénaline
 - NPO éducation-information de **l'entourage** +++
- **Si étiologie iatrogène**
 - Déclaration au centre de **pharmacovigilance (A savoir !)**

Surveillance prolongée

- 8h si réaction systémique sans chute tensionnelle /24h si choc anaphylactique

- **Clinique:** scope ECG sous adrénaline / PA / symptômes allergiques
- **Paraclinique:** rien d'obligatoire

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 3 principaux agents responsables d'anaphylaxie ?

- Aliments
- Venins d'hyménoptères
- Médicaments

5 bonnes raisons pharmacologiques de donner de l'adrénaline dans le choc anaphylactique ?

- Lutte contre la vasodilatation (effet alpha)
- Réduction de l'oedème (alpha)
- Bronchodilatateur (bêta)
- Inotrope + (bêta)
- Inhibe le relargage de l'histamine et de leukotriènes (bêta)

Quel paramètre biologique est a posteriori en faveur d'un choc anaphylactique ?

-Tryptase sérique

Pour quelle raison surveiller 24h un choc anaphylactique ?

- Risque d'aggravation secondaire

Après avoir brillamment sauvé la vie de votre patient et lui avoir consciencieusement enseigné l'auto-injection d'adrénaline, votre patient vous demande où il doit conserver son stylo Anapen® ?

- A température ambiante (ne dépassant pas 25°C)

Vous recevez un patient transféré de Réanimation où il avait été admis pour choc anaphylactique au décours d'une angioplastie des artères rénales, quel élément vérifiez vous sur son ordonnance habituelle ?

- Si le patient est traité par Beta-Bloquant ...
- ... auquel cas il faudrait discuter le remplacement de ce médicament avec le médecin spécialiste de l'HTA, car le traitement par bêta-bloquant prédispose à des réactions sévères