

Anaphylaxie : traitement et prévention

Dr E. Dayer, Unité d'Allergologie, CONSILIA Sion & Dr P. Eigenmann, Service d'Allergologie, Hôpital des Enfants, HUG Genève

INTRODUCTION

L'anaphylaxie se définit comme une réaction d'hypersensibilité immédiate consécutive habituellement à une exposition externe, elle se manifeste par des symptômes et des signes qui peuvent être d'emblée graves et menacer la survie. Une définition en 4 stades de cette réaction permet de mieux caractériser l'importance des épisodes et prévoir un plan de mesures préventives pour des épisodes ultérieurs.

Rapidement après des paresthésies péribuccales ou palmaires et/ou de sensation de mort imminente peut survenir le choc anaphylactique en quelques minutes. Cette urgence médicale qui doit être prise en charge rapidement avec de l'adrénaline en injection im. Les patients qui ont déjà présenté des épisodes majeurs auparavant doivent être porteur d'un kit d'urgence contenant : acrivastine (Semprex), adrénaline (Epipen) et prednisone.

CHEZ L'ADULTE

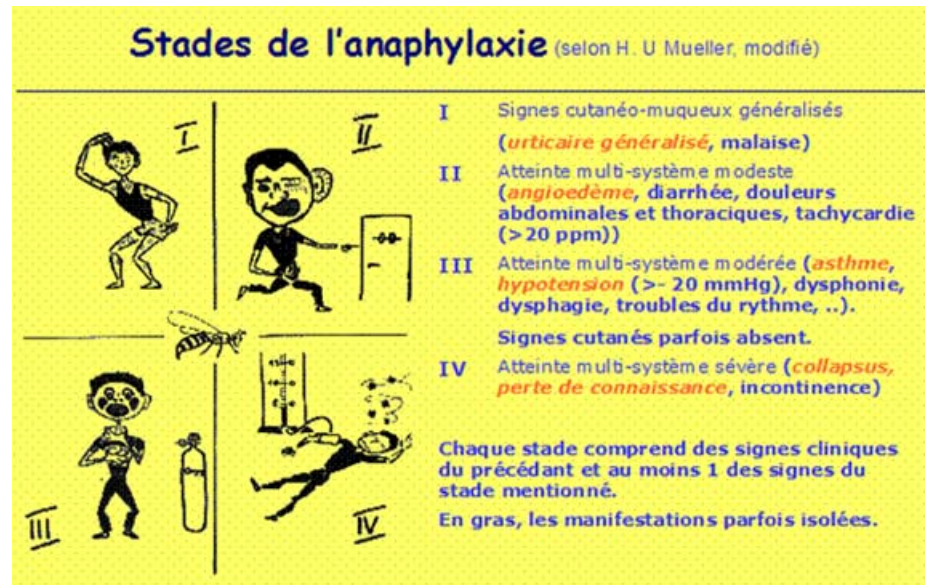
L'incidence d'anaphylaxie est de l'ordre de 10/100000 /an, les causes les plus fréquentes de décès sont respectivement les médicaments (44%), les venins d'hyménoptère (29%) et les aliments (25%) dans le registre anglais de mortalité (Pumphrey, 2004).

En Suisse, l'analyse de l'incidence des réactions anaphylactiques de différentes gravités a été étudiée à Berne et montre des réactions médicamenteuses (34%), les venins d'hyménoptères (24%), les aliments (19%), le latex 8.6%) et des réactions liées à l'effort (8.5%) (Rohrer, 1998).

Dans le cadre des réactions liées aux aliments survient plus volontiers une atteinte respiratoire (42%). En effet, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés et associés à la survenue



Figure 2 : Epipen auto-injectable



d'anaphylaxie d'évolution défavorable; ce sont surtout l'asthme insuffisamment traité, les angioedèmes idiopathiques récidivants, la mastocytose sous-jacente, la réaction semi-retardée d'anaphylaxie et le délai de traitement avec l'adrénaline (Kemp, 2002).

Le dosage de la tryptase sérique peut être d'importance dans la phase aiguë, dans un délai de 30 minutes à 6 heures, car il permet d'affirmer l'origine anaphylactique/allergique du choc dans la majorité des cas. En dehors de la période aiguë, le dosage sérique de la tryptase permet aussi de détecter les mastocytoses indolentes ou autres.

Le traitement de la phase aiguë comprend en priorité de l'adrénaline 0.3 mg i.m. A donner le plus rapidement possible avec des anti-histaminiques d'action rapide et des glucocorticoïdes pour prévenir la rebond de la phase semi retardée.

Pour les réactions de stade 1-2, il est habituellement conseillé de prendre rapidement les 2 anti-H1 et de guetter la survenue d'autres symptômes. Les réactions plus graves nécessitent l'usage de l'Epipen (0,3 mg i.m.) d'emblée, suivi pendant 3 jours de glucocorticoïdes (Prednisone 50mg/j).

La prise en charge du risque de récurrences après des réactions majeures implique la motivation et la formation du patient. En effet, il ne suffit pas de prescrire un kit d'urgence, mais il est essentiel que le patient puisse acquérir la pratique des gestes d'urgence à réaliser en cas d'anaphylaxie. Souvent il est d'ailleurs nécessaire d'accompagner et de rassurer les patients lors du premier usage d'adrénaline auto-injectable. La recherche des facteurs déclenchants peut être compliquée par l'association fréquente avec un effort.

Dans certains cas comme les piqûres d'hyménoptères, les réactions aux

Prise en charge prospective d'anaphylaxie de stade 3-4

- ◆ **Prescrire un kit d'urgence**
Epipen auto-injectable
Semprex (acrivastine) 2x 8mg immédiat
Prednisone 50 mg pendant 3 j si Epipen
- ◆ **Instruction pour usage et plan d'action**
Epipen et Semprex sur soi
Passeport d'allergie
- ◆ **Recherche des facteurs déclenchants**
Carnet d'observation prospective

aliments ou au latex, des investigations systématiques sont réalisées dans un deuxième temps. Elles débouchent souvent sur la confirmation de l'agent causal et son éviction dans la mesure du possible.

En ce qui concerne les piqûres d'hyménoptères (abeille, guêpe), une immunothérapie est efficace pour prévenir la récurrence de réactions systémiques lors d'une nouvelle piqûre, en particulier si les patients ont présenté une réaction initiale anaphylactique du stade III ou IV.

CHEZ L'ENFANT

La fréquence des réactions anaphylactiques d'origine alimentaire est particulièrement élevée chez l'enfant. Plusieurs réactions fatales ont été associées avec l'ingestion de noix, noisette, ou cacahuète, dont la présence était parfois dissimulée dans des aliments courants. Ces réactions sont survenues autant à l'école, qu'au restaurant ou à la maison. D'autres aliments comme le lait, les oeufs, le poisson, les fruits de mer, le sésame ou des fruits (kiwi...) sont également fréquemment impliqués.

Comme rapportés dans une étude par questionnaire sur internet, les premiers symptômes diffèrent fréquemment des plus graves (Eigenmann, 2001). En particulier 50% des enfants signalent une prédominance de la gêne respiratoire (Figure 4). Un autre aspect important révélé par cette étude est le fait que l'adrénaline ait été administrée que chez une minorité de patients souffrant d'une anaphylaxie sévère, alors qu'il a été démontré que l'administration précoce de l'adrénaline favorisait un contrôle rapide de la réaction et une issue favorable (Bock, 2001).

La prise en charge immédiate de la réaction anaphylactique chez l'enfant repose sur les mêmes principes que chez l'adulte. L'adrénaline sera injectée im à la dose de 0.01 mg/kg avec un maximum de 0.3 mg (Simons, 2004). Le dosage des anti-histaminiques oraux sera également adapté au poids de l'enfant. L'acrivastine n'est pas indiqué chez l'enfant de <12 ans, par conséquent la cétirizine ou la loratadine seront utilisés de préférence.

La mise en évidence de l'allergène impliqué dans la réaction anaphylactique déterminera les consignes données pour éviter une réaction accidentelle. Dans la majorité des cas, une prescription d'Epipen (Epipen Jr, 0.15 mg pour <25 kg, Epipen 0.3 mg pour >25 kg) sera donné aux parents (Sampson, 2003). Il est particulièrement important que toutes les personnes impliquées dans la garde de l'enfant (maman de jour, crèche, école) soient informées de l'allergie et des mesures à prendre en cas de réaction.

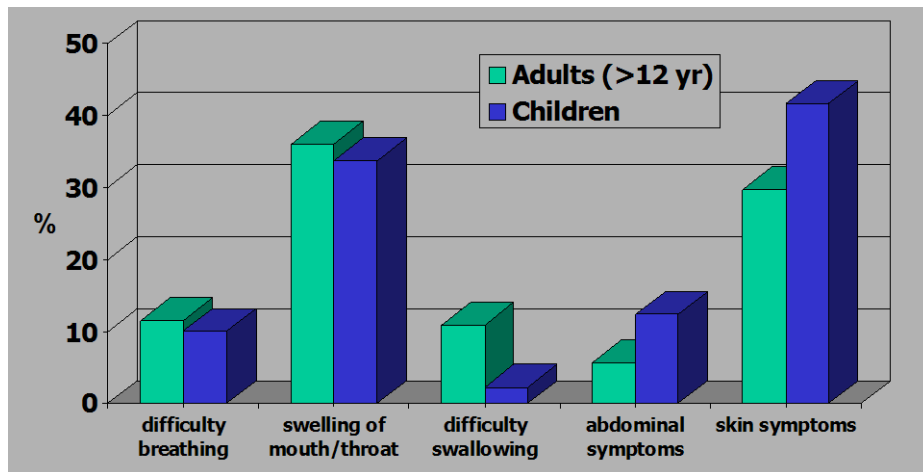


Figure 3 : Les premiers symptômes rapportés dans les anaphylaxies aux aliments

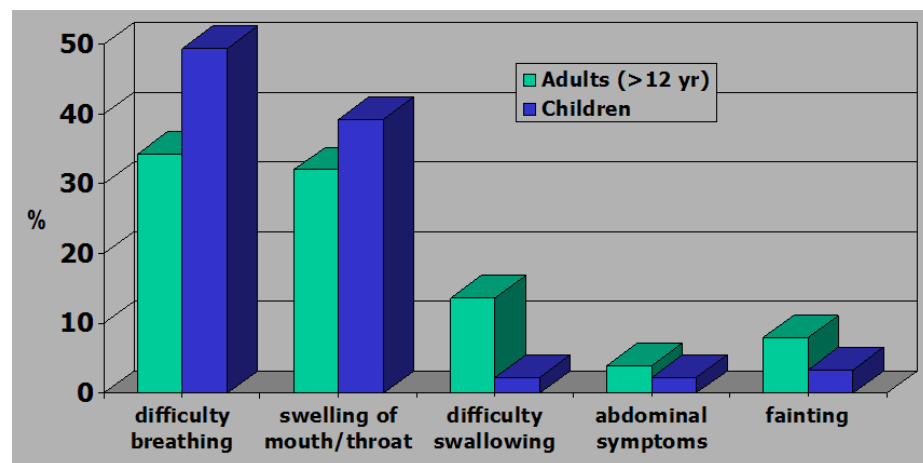


Figure 4 : Symptômes les plus sévères rapportés dans les anaphylaxies aux aliments

REFERENCES

- [1] Pumphrey R : Anaphylaxis: Can we tell who is at risk of a fatal reaction? *Curr Opin All Clin Imm* 2004; 4:285-290.
- [2] Rohrer C L et al: Anaphylaxie: Klinik, Aetiologie und Verlauf bei 118 Patienten. *Schweiz Med Woch* 1998 ; 128:53-63
- [3] Kemp S et al. Anaphylaxis: A review of causes and mechanisms. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110:341-348
- [4] Simons E F: First-aid treatment of anaphylaxis to food: Focus on epinephrine. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113:837-844
- [5] Bock SA et al. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 107: 191-199
- [6] Eigenmann P et al. Internet survey on anaphylaxis to foods. *Allergy* 2001; *Allergy* 2001; 56:540-543
- [7] Sampson H. Anaphylaxis and emergency treatment. *Pediatrics* 2003; 111:1601-1608