

MISES AU POINT INTERACTIVES

Choc anaphylactique au cabinet : diagnostic et prise en charge



→ P. SAUDER
Service de Réanimation Médicale,
Nouvel Hôpital Civil, CHU,
STRASBOURG.

Le choc anaphylactique est une complication rare, mais particulièrement redoutée du praticien, car pouvant compliquer un geste anodin et entraîner le décès. L'incidence des réactions allergiques graves a triplé au cours des deux dernières décennies, elle est particulièrement élevée aux jeunes âges de la vie.

Définition

Il associe des symptômes circulatoires (un état de choc pouvant conduire à l'arrêt cardiaque), respiratoires pouvant provoquer une asphyxie aiguë, cutanés et digestifs. Sa survenue est souvent brutale après exposition à un allergène. Le risque majeur est celui d'un décès précoce par défaillance circulatoire ou asphyxie aiguë.

C'est la forme la plus grave de l'anaphylaxie sévère, qui comporte quatre tableaux pouvant menacer le pronostic vital : le choc anaphylactique, la réaction systémique sérieuse, l'angioœdème laryngé et le bronchospasme aigu, (rapport de l'Académie Nationale de Médecine, 2009).

Physiopathologie

Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont regroupés dans cette entité :
– hypersensibilité immédiate de type I impliquant une interaction cellule immunocompétente-IgE-allergène,
– d'autres mécanismes immunologiques (impliquant soit des IgG, soit l'activation du complément ou de la coagulation),
– ou d'autres mécanismes non immunologiques (exercice, exposition au froid, effet de certaines molécules).

Leur point commun est la libération par les mastocytes et les basophiles de substances stockées (histamine, tryptase...) ou synthétisées à cette occasion (leucotriènes, prostaglandines, facteur d'activation plaquettaire-PAF) ayant pour effet :
– une vasodilatation artérielle,
– des œdèmes cutanés et muqueux par augmentation de la perméabilité capillaire,
– une contraction des muscles lisses, notamment bronchiques, intestinaux et coronaires.

Ces effets sont particulièrement nets au niveau :
– de la peau et des muqueuses, associant éruption et angioœdème pouvant conduire au redoutable œdème de Quincke, d'évo-

lution potentiellement mortelle par obstruction des voies aériennes,
– des voies aériennes avec un risque asphyxique par obstruction ou bronchospasme par bronchoconstriction et/ou œdème bronchiolaire,
– du tube digestif par contraction des muscles lisses intestinaux,
– du système vasculaire par la survenue d'un état de choc par vasodilatation et hypovolémie, menaçant le pronostic vital.

Deux éléments sont indispensables au traitement du choc anaphylactique : l'adrénaline et l'oxygène. L'adrénaline est le médicament de choix de cette situation, ses effets s'opposant à ceux des médiateurs libérés : vasoconstriction et augmentation de la pression artérielle, augmentation du débit cardiaque, diminution de la fuite capillaire et de l'œdème, bronchodilatation. Son administration d'urgence est impérative devant toute allergie grave. L'oxygène est indispensable en cas de choc ou de détresse respiratoire.

Diagnostic

>>> Il est évident dans sa forme complète :

– sensation de malaise général d'évolution rapidement progressive,
– presque toujours précédé d'une éruption urticarienne,
– se compliquant parfois de perte de connaissance et de convulsions,
– collapsus cardiovasculaire avec une pression artérielle effondrée et une tachycardie,
– une dyspnée par bronchospasme ou par obstruction des voies aériennes dans le cadre d'un œdème de Quincke,

– des troubles digestifs plus rares, le plus souvent marqués par des diarrhées.

La conjonction d'un collapsus et de complications respiratoires est associée à un haut risque de décès.

>>> Il est parfois plus difficile à évoquer :

- si les manifestations cutanées sont absentes (moins de 20 % des cas),
- si le terrain allergique n'est pas connu ou si le contact avec l'allergène est survenu avant la consultation,
- si les manifestations neurologiques sont au premier plan (perte de connaissance, convulsions).

Devant la survenue d'un malaise brutal survenant au cabinet du praticien, deux diagnostics différentiels doivent être éliminés en priorité :

- l'attaque de panique chez un patient pusillanime : la prise de la pression artérielle ne montre pas d'hypotension,
- le choc vagal qui s'accompagne d'une pâleur extrême, de sueurs et d'une bradycardie.

Prise en charge

C'est une urgence thérapeutique. Il faut :

- **allonger** le patient à plat, les jambes **surélevées** à 45° (sauf si détresse respiratoire ou grossesse proche du terme),
- injecter de l'adrénaline **par voie intramusculaire dans la face antéro-latérale de la cuisse** (0,01 mg/kg, soit 0,5 à 0,7 mL d'une ampoule à 1 mg/mL),
- administrer de l'oxygène à fort débit (> 10 L/min),

- appeler les secours (15),
- injecter un corticoïde IV (Solumédrol 1 mg/kg ou Hémisuccinate d'hydrocortisone 100 à 200 mg),
- commencer une réanimation cardiopulmonaire (RCP) en cas d'arrêt cardiaque,
- arrêter si possible l'exposition au produit incriminé (pommade, par exemple).

En attendant les premiers secours, on pourra également :

- mettre en place une voie veineuse pour un remplissage vasculaire,
- surveiller dans les 5 minutes l'évolution des paramètres : Fc, PA, FR, SpO₂ (si disponible),
- administrer un aérosol de bêta-2 mimétique en cas de bronchospasme sévère,
- réinjecter de l'adrénaline dans les 15 minutes en cas de réponse incomplète (hypotension artérielle persistante).

Pronostic

L'anaphylaxie sévère serait responsable de plus de 1 000 décès par an aux Etats-Unis. Sont considérés comme facteurs de mauvais pronostic :

>>> Le terrain :

- jeune âge,
- grossesse,
- pathologie cardiaque ou respiratoire (asthme),
- traitement par bêtabloquants ou inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).

>>> Une prise en charge inadéquate :

- mauvais positionnement du patient

(assis ou debout : risque de désamorçage),

- injection d'adrénaline non réalisée, ou dose insuffisante, ou voie d'injection inadaptée (SC) ou injection trop tardive,
- injection d'adrénaline à dose excessive (erreur de titration par voie IV).

>>> La symptomatologie :

- association d'un collapsus et d'une détresse respiratoire.

Conclusion

Le praticien doit être prêt à assumer avec efficacité la prise en charge de cette complication redoutable. Cela suppose :

>>> Un contrôle régulier du matériel nécessaire à la prise en charge :

- disponibilité et contrôle de la péremption des ampoules d'adrénaline et du matériel à usage unique nécessaire à l'injection,
- disponibilité d'une quantité suffisante d'oxygène (au moins 30 min à 10 L/min, soit 300 L),
- disponibilité du matériel d'oxygénothérapie : masque à oxygène,
- vérification régulière des dispositifs d'oxygénation (charge de la bouteille et vérification du mano-détendeur).

>>> La recherche systématique d'antécédents allergiques à chaque consultation.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.