



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

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



Mise au point

Risque allergique en anesthésie pédiatrique

Allergic risk during paediatric anaesthesia

P. Dewachter^{a,*}, C. Mouton-Faivre^b

^a Inserm U970, service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, Samu de Paris, hôpital Necker-Enfants-Malades, AP-HP, université Paris Descartes, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France

^b Pôle d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU Hôpital central, CO n°34, 54035 Nancy cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 14 juin 2009

Accepté le 13 novembre 2009

Disponible sur Internet le 13 février 2010

Mots clés :

Anesthésie

Hypersensibilité immédiate

Hypersensibilité médicamenteuse

Hypersensibilité au latex

Prévention primaire

Anesthésie pédiatrique

RÉSUMÉ

Objectifs. – Présenter les différentes modalités de maîtrise du risque allergique en anesthésie pédiatrique.

Type d'étude. – Analyse de la littérature.

Méthodes. – Recherche bibliographique, réalisée à partir de la base de données Medline®, des publications parues en langue française et anglaise depuis 1982 à partir de mots-clés en format MeSH.

Résultats. – L'incidence du risque allergique peranesthésique chez l'enfant est estimée à 1/7741 pour tous types d'anesthésies confondus. Ce risque est dominé par l'allergie au latex avec une incidence de 1/10 159 anesthésies. Les facteurs de risque de sensibilisation au latex sont connus et la prévention primaire est efficace chez les patients à risque de sensibilisation au latex. À la différence de l'adulte, les curares sont rarement impliqués chez l'enfant avec une fréquence des réactions anaphylactiques de 1/81 275 pour tous types d'anesthésies confondus. Une classification clinique dite de Ring et Messmer permet de stratifier la gravité des réactions et de guider leur traitement. La symptomatologie clinique associe des signes cardiovasculaires, respiratoires et cutanéomuqueux selon un degré de gravité variable. Le traitement des réactions graves est fondé sur l'adrénaline associée à une expansion volémique. Le bilan allergologique fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Confronté à l'histoire clinique, il a pour but d'identifier le mécanisme physiopathologique de la réaction et le/la médicament/substance impliqué(e).

Conclusion. – En anesthésie pédiatrique, les réactions anaphylactiques dues aux curares sont rares alors qu'elles sont plus fréquentes avec le latex. La maîtrise de ce risque est, de fait, subordonnée en grande partie à l'éviction du latex.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – To propose the different modalities of management of the allergic risk occurring during paediatric anaesthesia.

Study design. – Literature analysis.

Methods. – Literature research using the Medline® database and MeSH format according to keywords, including publications in French and English since 1982.

Results. – The overall incidence for anaphylactic reactions was estimated at one in 7741 anaesthetic procedures during paediatric anaesthesia. Latex anaphylaxis was mostly involved with an incidence at one in 10,159 anesthetic procedures. The risk factors of latex sensitization are known. Primary latex prophylaxis is efficient in patients at risk of latex sensitization. In contrast to adults, neuromuscular blocking agents (NMBAs) are rarely involved in children, with an incidence at 1 in 81,275 anaesthetic procedures. The Ring and Messmer clinical scale allows quantifying the severity and helps managing the care of immediate hypersensitivity reactions. Clinical symptoms associate cardiovascular, respiratory and cutaneous-mucous signs according to different severity grades. Epinephrine associated to fluid loading, remains the first-line agent in case of severe reactions. The allergological assessment is key to the management of these reactions and is required in order to identify the mechanism of the reaction and the culprit drug or substance involved.

Keywords:

Anaesthesia

Hypersensitivity immediate

Drug hypersensitivity

Latex hypersensitivity

Primary prevention

Paediatric anaesthesia

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pascale.dewachter@yahoo.fr (P. Dewachter).

Conclusions. – Allergic reactions to NMBAs occurring during paediatric anaesthesia are rare whereas those with latex are more frequent. Therefore, the reduction of the allergic risk during paediatric anaesthesia essentially requires a latex-free environment.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le choc anaphylactique peranesthésique fait partie des urgences dont la prise en charge thérapeutique dépend des médecins anesthésistes-réanimateurs. Ce risque particulier et imprévisible de la période périopératoire est une des rares situations cliniques où le décès du patient peut être directement imputé à un des médicaments ou agents utilisés pour l'anesthésie ou la chirurgie [1]. Si des recommandations sur la prise en charge du risque allergique peranesthésique de l'adulte ont été publiées par plusieurs sociétés savantes européennes ou nord-américaine [2–5], peu de données et/ou recommandations sont disponibles à propos de l'enfant. Cette mise au point a pour but de proposer les différentes modalités de la maîtrise du risque allergique peranesthésique en chirurgie pédiatrique.

2. Méthodologie

La recherche bibliographique a concerné les publications parues en anglais et en français depuis les 25 dernières années. La recherche avec les mots-clés suivants (en format MeSH) : *anesthesia and hypersensitivity, immediate and drug hypersensitivity and latex hypersensitivity and primary prevention* ainsi que *pediatric anesthesia* a permis d'extraire 42 références de la base de données Medline®. Des références complémentaires ont été ajoutées provenant de la bibliographie des articles sélectionnés ou de celle des auteurs. Seules, une étude prospective multicentrique de cohorte et une étude rétrospective concernant exclusivement les réactions anaphylactiques peranesthésiques de l'enfant ont été publiées [6–8]. Douze cas cliniques de réactions anaphylactiques peropératoires imputables à des médicaments ont été rapportés [9–20] alors que plus de 100 réactions anaphylactiques dues au latex sont publiées dans la littérature [21–37]. Enfin, hormis le traitement des réactions de l'enfant qui a été abordé dans les recommandations britannique et scandinave [4,5], la prise en charge des réactions anaphylactiques en anesthésie pédiatrique, en tant que telle, n'a fait l'objet d'aucun consensus émanant d'une société savante d'anesthésie.

3. Préambule : définitions

Un groupe de travail multidisciplinaire européen a défini plusieurs termes, reflétant la position de l'Académie européenne d'allergologie et d'immunologie clinique (EAACI), sur les réactions d'hypersensibilité immédiate [38]. Cette terminologie doit être dorénavant utilisée. Ainsi, l'hypersensibilité est un terme très général qui regroupe l'ensemble des réactions objectives reproductibles initiées par l'exposition à un stimulus défini ne provoquant pas de réaction chez les sujets normaux. Ce terme ne préjuge pas du mécanisme physiopathologique de la réaction et inclut les réactions d'hypersensibilité non allergique (qui excluent les mécanismes allergiques) et les réactions d'hypersensibilité allergique (où un mécanisme allergique est prouvé ou hautement suspecté).

Les réactions d'hypersensibilité allergique peuvent être individualisées en réactions de type retardé à médiation cellulaire ou bien en réactions de type immédiat à médiation anticorps-dépendante (de type IgE le plus souvent). Par définition, une réaction d'hypersensibilité de type immédiat survient dans un

délai inférieur à une heure après l'introduction de l'allergène, mais le plus souvent dans la/les minute(s) qui suit/suivent. Par ailleurs, ce groupe de travail a réattribué une définition clinique à l'anaphylaxie, et ce indépendamment de la défaillance d'organe observée [38]. Ainsi, l'anaphylaxie est définie comme la manifestation clinique la plus grave des réactions d'hypersensibilité immédiate pouvant mettre rapidement en jeu le pronostic vital du patient.

3.1. En pratique clinique : que retenir ?

Dans la pratique quotidienne, un enfant ne doit pas être qualifié d'allergique car cette expression ne signifie rien. Il convient, en revanche de préciser allergique à un allergène donné ou à des allergènes dûment identifié(s) par un bilan allergologique approprié. Cette distinction est essentielle et a pour but de faire comprendre que seuls le ou les allergène(s) responsable(s) de manifestations cliniques identifiées par un bilan allergologique doit/doivent être définitivement contre-indiqué(s). En revanche, la contre-indication arbitraire d'une ou de plusieurs famille(s) de médicament(s) au motif d'un contexte allergique non exploré pourrait entraîner un changement de technique, voire une technique anesthésique inappropriée avec pour conséquence une prise en charge potentiellement délétère de l'enfant. Ainsi, le fait qu'un enfant soit dit allergique sans autre précision ne doit pas conduire à modifier une technique anesthésique maîtrisée et appropriée.

Enfin, le diagnostic d'une réaction d'hypersensibilité allergique immédiate et a fortiori d'une anaphylaxie est fondé sur un tryptique associant :

- la description et la chronologie des signes cliniques ainsi que leur délai de survenue par rapport à l'introduction de l'allergène ;
- les résultats de la biologie incluant au moins le dosage de la concentration de tryptase mesurée au décours de la réaction ;
- les résultats du bilan cutané réalisé avec le/les allergène(s) suspecté(s).

L'analyse conjointe de ces éléments est indispensable à la pertinence diagnostique de la réaction d'hypersensibilité immédiate périopératoire et est détaillée dans les paragraphes correspondants.

4. Épidémiologie

La recherche bibliographique n'a permis de retrouver qu'une seule étude épidémiologique prospective multicentrique sur les réactions d'hypersensibilité immédiate peranesthésiques chez l'enfant [6], au contraire de celles publiées chez l'adulte, notamment en France [39]. Par ailleurs, une étude rétrospective concernant 68 réactions immédiates survenues en chirurgie pédiatrique sur une période de 12 ans a été publiée dans deux revues différentes [7,8].

4.1. Incidence des réactions anaphylactiques peranesthésiques chez l'enfant

En France, l'anaphylaxie peranesthésique concerne un peu moins de 5 % des patients âgés de zéro à dix ans et moins de 10 % de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746747>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746747>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)