



Anaphylaxie de l'enfant : ce que le pédiatre doit savoir

Anaphylaxis in children: What pediatricians should know

G. Pouessel^{a,*,b}, A. Deschildre^b

^a Service de pédiatrie, pavillon médicochirurgical de pédiatrie, boulevard Lacordaire, 59056 Roubaix, France

^b Unité de pneumologie et allergologie pédiatriques, université Lille 2, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille, France

Disponible sur Internet le 8 novembre 2016

Résumé

L'anaphylaxie est une urgence allergique grave pouvant engager le pronostic vital. Elle est de plus en plus fréquente sur les vingt dernières années, notamment chez le jeune enfant. Les décès par anaphylaxie, rares voire exceptionnels chez l'enfant, sont stables dans le temps. Les aliments sont la première cause d'anaphylaxie de l'enfant : le lait de vache, l'arachide et les fruits à coque principalement. Chez le nourrisson, la reconnaissance de l'anaphylaxie est souvent difficile. Les vomissements, l'urticaire et l'angio-œdème laryngé sont plus fréquents à cet âge ; l'atteinte cardiovasculaire est rare, rencontrée le plus souvent à l'adolescence. Les antécédents d'asthme ou d'atopie, une allergie à certains aliments comme l'arachide, sont des facteurs de risque d'anaphylaxie et de réactions graves. Le traitement, chez l'enfant comme l'adulte, repose sur l'adrénaline injectée par voie intramusculaire rapidement ; les stylos auto-injectables d'adrénaline le permettent avant toute intervention médicale. Il n'existe pas contre-indication à l'utilisation d'adrénaline en cas d'anaphylaxie. Les indications des stylos auto-injectables d'adrénaline et les conditions d'établissement d'un projet d'accueil individualisé pour l'enfant allergique en milieu scolaire ont fait l'objet d'une actualisation récente des recommandations. Il reste nécessaire d'améliorer la reconnaissance de l'anaphylaxie et sa prise en charge en toute circonstance.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Anaphylaxis is a severe potentially life-threatening allergic emergency that has been increasing over the last two decades, especially in young children. Anaphylaxis deaths remain rare, in particular in children, and their frequency is stable during this period. Food is the main anaphylaxis trigger in children, notably to cow's milk, peanuts, and tree nuts. In infants, the recognition of anaphylaxis may be difficult. Vomiting, urticaria, and laryngeal edema are more frequent at this age. Cardiovascular involvement is rare, most often encountered in adolescence. A history of asthma or atopy, allergy to particular foods such as peanuts and tree nuts, and adolescence are some risk factors for anaphylaxis and more severe reactions. First-line treatment is intramuscular adrenaline for all patients experiencing anaphylaxis. There are no absolute contra-indications. Guidelines for the prescription of the adrenaline auto-injector and for establishing a personalized care project in allergic children at school have recently been updated. Recognition of anaphylaxis and treatment should also be improved.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guillaume.pouessel@gmail.com (G. Pouessel).

1. INTRODUCTION

L'anaphylaxie est la forme la plus grave de l'allergie dépendante des immunoglobulines E (IgE-dépendante). C'est une réaction d'hypersensibilité immédiate, systémique qui met potentiellement en jeu le pronostic vital [1]. Des données récentes ont été publiées dans différents domaines touchant à l'anaphylaxie de l'enfant : épidémiologie, facteurs de risque, spécificités pédiatriques, indications de prescription des stylos d'adrénaline, projet d'accueil individualisé pour enfant allergique en milieu scolaire, traitement. L'objectif de cet article est de proposer une synthèse des données actuelles sur ce sujet.

2. DÉFINITION DE L'ANAPHYLAXIE : IDENTIQUE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

La définition de l'anaphylaxie, chez l'enfant comme chez l'adulte, est clinique Encadré 1 [2]. Elle insiste sur la notion de rapidité de l'installation de signes systémiques, respiratoires, cardiovasculaires, cutanéomuqueux ou digestifs après une exposition à un allergène connu ou non, voire de signes cardiovasculaires ou respiratoires isolés après un contact avec un allergène connu [2]. Ces critères diagnostiques de l'anaphylaxie ont été évalués sur une population de 222 adultes consultant pour des réactions allergiques aiguës dont 86 répondaient à la définition de l'anaphylaxie ; la sensibilité de ces critères était de 97 % pour une spécificité de 82 % [3]. L'atteinte cutanéomuqueuse est observée dans plus de 90 % des cas, mais elle n'est pas indispensable au diagnostic, pouvant même égarer le clinicien [4]. La mesure de la pression artérielle est souvent manquante, notamment chez le nourrisson [5]. L'angio-œdème laryngé, l'urticaire et les vomissements sont plus fréquents chez le jeune enfant alors que les signes cardiovasculaires sont rares, plus souvent constatés à l'adolescence [4,6]. Faute de classification spécifiquement pédiatrique, la gravité d'une anaphylaxie est évaluée comme chez l'adulte [7]. Sampson a proposé une classification pédiatrique en cas de réaction allergique alimentaire en cinq grades [8]. Cependant, ces définitions et classifications ne semblent pas toujours adaptées aux enfants les plus jeunes qui n'expriment pas certains symptômes (prurit, douleurs abdominales, nausées, dysphagie, prurit oral, obstruction nasale, céphalées...) ou chez lesquels certains sont difficiles à interpréter (changement de comportement, somnolence, flush, dysphonie, régurgitations...) [9]. La reconnaissance d'une anaphylaxie chez le jeune enfant est d'autant plus difficile qu'elle est la manifestation inaugurale de l'allergie dans 30 à 60 % des cas [10–12]. Ces difficultés conduisent à un sous-diagnostic de l'anaphylaxie.

3. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Les diagnostics différentiels de l'anaphylaxie sont nombreux et dépendent de l'âge et du contexte clinique : mastocytose, angio-œdème héréditaire, malacie, infections virales, sepsis sévère, dysfonction laryngée épisodique, crise d'angoisse, malaise vagal... [9,13,14]. En cas de doute, le dosage de la

Encadré 1. Critères diagnostiques de l'anaphylaxie.

Une réaction anaphylactique est probable dans l'une des trois situations suivantes :

1. début aigu (quelques minutes–quelques heures) avec atteinte de la peau ou des muqueuses **et** au moins un des éléments suivants :
 1. atteinte respiratoire (stridor, bronchospasme/wheezing, hypoxémie, dyspnée, diminution du débit de pointe),
 2. diminution de la pression artérielle ou symptômes faisant évoquer une dysfonction des organes cibles (hypotonie, syncope, incontinence) ;
2. présence de 2 des éléments suivants survenant rapidement (quelques minutes–quelques heures) après l'exposition à allergène probable :
 1. atteinte de la peau ou des muqueuses,
 2. atteinte respiratoire (stridor, bronchospasme/wheezing, hypoxémie, dyspnée, diminution du débit de pointe),
 3. diminution de la pression artérielle ou symptômes faisant évoquer une dysfonction des organes cibles (hypotonie, syncope, incontinence),
 4. symptômes gastro-intestinaux persistants (crampes, vomissements répétés) ;
3. diminution de la pression artérielle après l'exposition à un allergène connu du patient.

Normes définissant la diminution de la pression artérielle systolique (PAS)

Âge de 1 mois à 1 an : PAS < 70 mmHg

Âge de 1 à 10 ans : PAS < 70 mmHg + (2 × âge en année)

Âge après 10 ans : PAS < 90 mmHg ou chute de plus de 30 % de la PAS de base

tryptase sérique une à trois heures après le début des signes, comparé à un taux de base mesuré après plus de 24 heures, peut constituer un argument diagnostique. Des taux médians de $14,2 \pm 10,2 \mu\text{g/L}$ chez le nourrisson atopique et $6,13 \pm 3,47 \mu\text{g/L}$ chez le nourrisson sain avant trois mois ont été rapportés ; ce dernier taux diminue progressivement jusque $3,58 \pm 1,8 \mu\text{g/L}$ entre 9 et 12 mois [14].

4. ÉPIDÉMIOLOGIE

En Europe, l'incidence globale de l'anaphylaxie est estimée de 1,5 à 7,9 cas pour 10^5 personnes par an et la prévalence à 0,3 % (IC 95 % : 0,1–0,5) [15]. Elle est de plus en plus fréquente, comme l'ont montré Turner et al. sur les dix dernières années au Royaume-Uni, et plus encore chez l'enfant, notamment avant cinq ans [10]. Ainsi, son incidence a cru trois fois plus vite chez l'enfant que dans les autres tranches d'âge au cours des dernières années [16,17]. Ces données ont été observées dans différents pays, le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie [18–21]. L'anaphylaxie touche préférentiellement les garçons avant l'âge de 10–15 ans puis le sex-ratio s'inverse [10,16,17,22]. Cette constatation pourrait être expliquée par des facteurs hormonaux [22].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5717488>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5717488>

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