



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2017) xxx-xxx

Mise au point

Urgences anaphylactiques en milieu scolaire : quelle gestion en pratique ?

Anaphylactic emergencies in schools: A guide to practical management

D. Sabouraud-Leclerc^{a,*,b}, G. Pouessel^c, E. Beaudouin^b, E. Bradatan^b, I. Sullerot^b,
F. Le Pape-Brouillet^b, P. Dumond^b, J.-M. Renaudin^b

^a Hôpital américain, pédiatrie générale et spécialisée, CHU de Reims, 47, rue Cognacq-Jay, 51100 Reims, France

^b Réseau d'allergo-vigilance, 15, rue du Bois-de-la-Champelle, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

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

Reçu le 16 août 2017 ; accepté le 16 août 2017

Résumé

La fréquence de l'anaphylaxie par allergie alimentaire (AA) est en constante augmentation. Malgré la mise en place du plan d'accueil individualisé (PAI), les anaphylaxies à l'école ne sont pas rares et mettent en danger la vie de l'enfant allergique. Dans cet article, à l'aide des données du réseau d'allergovigilance (RAV) et de travaux de différents groupes de la Société française d'allergologie (SFA), nous identifions quelques pistes pour prévenir et mieux gérer ces accidents : meilleure formation des médecins à l'anaphylaxie, importance de l'éducation thérapeutique du patient allergique et de son entourage, harmonisation du PI de l'enfant allergique, diffusion des recommandations concernant les indications de mise en place du PAI en France et la prescription des stylos auto-injecteurs d'adrénaline, nécessité de formations à l'allergie de toute personne amenée à prendre en charge un enfant allergique alimentaire.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anaphylaxie ; Allergie alimentaire ; Enfant ; École ; Restauration scolaire ; PAI ; ETP

Abstract

The incidence of anaphylaxis due to food allergy (FA) is steadily rising. Despite the introduction of the Personalized Meal Plan (PMP), anaphylactic shock in school settings is by no means rare and is life-threatening for allergic children. In this article, using data from the French Allergy Surveillance Network (RAV) and from the findings of studies by different groups within the French Allergology Society (SFA), we have identified a number of approaches to prevent and better deal with such accidents: improved training of doctors in anaphylaxis, the importance of Therapeutic Education for Allergic Patients (TEAP) and those around them, harmonization of the literature on personalized plans, diffusion of the recommendations concerning indications for implementation of the PMP in France and the prescription of auto-injectable adrenaline syringes requires allergy training for all persons caring for children with allergies.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Anaphylaxis; Food allergy; Child; School; School meals; PMP; TEAP

La prise en charge des urgences anaphylactiques à l'école peut concerner, outre l'anaphylaxie alimentaire (AnA), l'anaphylaxie idiopathique, l'anaphylaxie induite par effort, l'allergie aux hyménoptères, et les antécédents de désordres mastocytocytaires. Nous avons choisi, du fait de la fréquence

et de la gravité de l'allergie alimentaire (AA) chez l'enfant, de ne traiter que des anaphylaxies d'origine alimentaire survenant en milieu scolaire.

1. L'anaphylaxie

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité immédiate systémique qui met potentiellement en jeu le pronostic vital

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dsabouraud@chu-reims.fr (D. Sabouraud-Leclerc).

[1]. La définition de l'anaphylaxie insiste sur la notion de rapidité de l'installation de signes systémiques respiratoires et/ou cardiovasculaires et/ou cutanéomuqueux et/ou digestifs après une exposition à un allergène connu ou non, voire de signes cardiovasculaires ou respiratoires isolés après contact avec un allergène connu [2]. C'est une urgence thérapeutique ++++. L'adrénaline est le traitement de première ligne de l'anaphylaxie. Par son action α -, β 1- et β 2 adrénergique, elle est vasoconstrictrice, tonocardiaque, bronchodilatatrice et inhibe la libération des médiateurs de l'anaphylaxie par les mastocytes [3]. Les dispositifs auto-injectables d'adrénaline (AIA) permettent d'injecter rapidement l'adrénaline par voie intramusculaire dans des conditions d'efficacité et de sécurité optimales. L'injection peut ainsi être réalisée par le patient lui-même et son entourage mais aussi par toute personne ressource : secouristes, pompiers, soignant, personnel éducatif scolaire et périscolaire, avec ou sans formation initiale au maniement des AIA [4,5].

2. Épidémiologie de l'anaphylaxie chez l'enfant

La prévalence de l'allergie alimentaire en Europe est estimée à 2,7 % (IC 95 % : 1,7–3,7) tout âge confondu et à 3,6 % (IC 95 % : 2,8–4,3) avant l'âge de 17 ans avec des variations importantes selon les pays, l'âge et l'allergène en cause [6]. Les cas d'allergie alimentaire et donc d'anaphylaxie, continuent à augmenter, surtout depuis ces dix dernières années et chez l'enfant avant 5 ans [7–9].

En Europe, l'incidence de l'anaphylaxie, toutes causes confondues, est estimée à 1,5–7,9 cas pour 100 000 personnes par an et sa prévalence à 0,3 % (IC 95 % : 0,1–0,5). Son taux de mortalité reste inférieur à 1 cas par million et par an [9]. En France, au cours de la période 1979–2011, le taux de mortalité par anaphylaxie chez l'enfant est de 0,06 décès par million d'enfants par an, avec une diminution sur les dix dernières années [10]. Les décès par anaphylaxie alimentaire touchent particulièrement l'enfant et l'adulte jeune [9].

Le registre européen de l'anaphylaxie a colligé 1970 cas chez des patients de moins de 18 ans entre 2007 et 2015, provenant de 10 pays dont la France (321 cas soit 16 %). L'allergie alimentaire constitue la 1^{re} cause d'anaphylaxie (66 %) devant les venins d'hyménoptères (19 %) puis les causes médicamenteuses (5 %). Les principaux allergènes responsables d'AnA sont le lait de vache et l'œuf avant 2 ans, la noisette et la noix de cajou avant 6 ans et l'arachide à tout âge. On déplore 5 décès par AA dans cette série (2 laits, 1 arachide, 1 noisette, 1 escargot). L'utilisation de l'adrénaline par voie intramusculaire aux urgences augmente au fil du temps puisqu'elle passe de 12 % des cas in 2011 à 25 % in 2014 [11].

Aux États-Unis, l'augmentation de l'anaphylaxie est également constatée puisque, entre 1994 et 2005, le taux d'hospitalisation pour anaphylaxie alimentaire a été multiplié par cinq chez l'enfant dans la tranche d'âge 0–4 ans passant de 4,1 à 19,7 pour 10⁵ habitants par an [12,13] et que ce taux a doublé entre 2000 et 2009 [14].

3. L'enfant allergique alimentaire à l'école

En milieu scolaire où l'enfant passe un temps important (au moins 24 heures par semaine sans compter le temps de restauration scolaire (RS), les activités périscolaires voire l'accueil en garderie), peu d'études sont disponibles. En Grande-Bretagne, selon l'étude de Turner et al., huit des 48 (17 %) enfants âgés de 4 à 18 ans victimes d'une anaphylaxie létale d'origine alimentaire entre 1992 et 2012, décédaient en milieu scolaire [8]. Au Canada, en Ontario, de 1986 à 2011, 40 décès par anaphylaxie alimentaire, tout âge confondu, étaient rapportés dont 4 (10 %) à l'école [15]. L'étude européenne montre que presque 10 % des cas d'AnA chez l'enfant surviennent en milieu scolaire [11].

Nous avons rapporté en 2015, 56 cas d'anaphylaxie alimentaire chez l'enfant survenus en milieu scolaire entre 2005–2015 et déclarés au réseau d'allergovigilance (RAV). L'allergie n'était connue que dans 21 cas (38 %) ; 80 % des réactions allergiques survenaient en restauration collective et trois allergènes étaient responsables de la moitié des réactions allergiques : lait de chèvre/brebis, arachide, soja. Vingt-cinq enfants bénéficiaient d'un PAI avec trousse d'urgence contenant de l'adrénaline. Malgré l'existence de ces PAI, deux enfants sont décédés par atteinte respiratoire suraiguë (angio-oedème laryngé pour l'un, bronchospasme suraigu pour l'autre) et ce, malgré l'utilisation d'adrénaline [16].

Depuis 2015, 23 nouveaux cas d'anaphylaxie en milieu scolaire ont été rapportés au RAV. L'allergie n'était pas connue dans la plupart des cas (17 fois sur 23) ; 16 cas surviennent pendant la restauration scolaire, 7 en dehors. Quand l'arachide est en cause, un seul accident a lieu à la cantine (plat principal de bœuf avec sauce africaine), les autres cas sont tous survenus en périscolaire (prise de Snickers, de MM's, de barre de céréales, de nougat à l'arachide pour le nouvel an chinois) et l'allergie était connue dans tous les cas. Le kiwi, le soja et les protéines de pois sont responsables chacun de 3 nouveaux cas en RS. Les autres allergènes responsables d'anaphylaxie sont la noisette 2 fois, le fenugrec (dans une sauce au curry), le lupin, des champignons, de la pêche en contexte d'effort, du blé en contexte d'effort, de la noix de cajou, de la noix 1 fois chacun. La prise en charge de l'anaphylaxie dans les 6 cas d'allergie connue (5 arachides et 1 noix de cajou) reste très insuffisante : non-respect de l'éviction alimentaire par le personnel éducatif (3 fois), par les parents (1 fois), non-identification de l'accident allergique 4 fois (par les parents 2 fois, le personnel scolaire 2 fois), mauvaise utilisation de la trousse d'urgence, mauvais recours au système de soins (appel des parents plutôt que du Samu 5 fois, appel des pompiers 1 fois), mauvaise prise en charge aux urgences (pas d'adrénaline prescrite en présence de signes respiratoires pour 2 enfants). Dans les 17 autres cas, où l'allergie n'est pas connue, l'école appelle les parents en priorité (10 fois), les pompiers 5 fois. Le Samu n'est appelé par l'école que 2 fois.

Sur l'ensemble des 79 cas, (dont 61 en RS soit 77 %) déclarés au RAV depuis 2002, l'arachide reste le 1^{er} allergène en cause, responsable de 21 cas d'anaphylaxie dont 7 survenus pendant la restauration scolaire (RS). Le soja est responsable de 9 cas en RS, il n'y a pas eu de nouveau cas lié au lait de chèvre/brebis déclaré (8 RS). Le kiwi arrive en 4^e position avec 7 cas déclarés

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8743208>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8743208>

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