

Conduite à tenir en cas de suspicion d'allergie en consultation et au bloc opératoire

Martine Drouet

Unité Allergologie – 2 allée des cèdres - CHU – 49933 Angers cx 9

madrouet@chu-angers.fr

Introduction

La consultation pré anesthésique est un moment privilégié où entre autres divers problèmes, peuvent être évoquées les suspicions allergiques dont certaines doivent être prises en compte pour l'anesthésie à venir.

Nous évoquerons donc quelques situations qui méritent d'être abordées soit du fait de leur fréquence soit du fait de leur intérêt.

La suspicion d'allergie au bloc opératoire est une autre réalité que nous traiterons dans un second temps car elle relève d'une conduite à tenir qui est actuellement bien codifiée.

Rappel

1. sur les principales réactions allergiques :

Les allergies peuvent être

- Immédiates dans le cadre de l'hypersensibilité immédiate (HSI) de mécanisme IgE médié. L'anaphylaxie appartient à l'HSI. Ces réactions sont potentiellement violentes et peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

L'exploration de l'HSI se fait grâce aux tests cutanés d'allergie immédiate (Prick tests et IDR) et aux dosages d'IgE spécifiques quand ils sont disponibles.

- Ou retardées de mécanisme T lymphocytaire. De nombreuses toxidermies appartiennent à cette hypersensibilité retardée (HSR). Elles sont le plus souvent moins violentes en dehors du DRESS syndrome et du syndrome de Lyell qui relèvent parfois de cette HSR.

L'exploration de l'HSR se fait grâce aux tests cutanés d'allergie retardée (epidermotests) et il y a peu de biologie de routine dans cette HSR.

2. sur le diagnostic positif en allergologie :

Ce diagnostic positif repose en allergie péri opératoire comme pour toutes les autres situations allergiques sur ;

- l'anamnèse (en l'occurrence, renseignements fournis pas l'anesthésiste),
- les tests cutanés,
- la biologie
- et éventuellement le test de ré exposition (dit parfois test de provocation).
-

Cette procédure peut être longue (consultation, bilan diagnostique, bilan élargi aux molécules proches en cas d'allergie médicamenteuse prouvée, test de réintroduction). Dès que cela est possible, la présomption allergique pouvant impacter avec le déroulement de l'anesthésie méritera une prise en charge allergique qui suit cette procédure.

Mais le déroulé de cette procédure n'est pas toujours compatible avec une intervention programmée à court terme voire non programmée et dans certaines situations d'urgence, les décisions se prennent parfois selon le principe du rapport bénéfice risque.

Conduite à tenir au moment de la consultation pré anesthésique

1. Antécédents d'allergie aux pénicillines

La situation idéale (allergie documentée par un document médical descriptif – nom de la molécule suspecte connu – bilan allergologique positif pour cette molécule – bilan d'allergie croisée effectué) ne pose pas de problème. Mais cette situation n'est pas la plus fréquente.

Le plus souvent le patient rapporte un vague antécédent allergique souvent ancien (molécule X – délai de la réaction allergique non connu). Une telle situation impose pour une sécurité maximale une démarche allergologique rigoureuse : tests cutanés aux principales molécules, IgE spécifiques (Peni G, Peni V, Amoxicilline, ampicilline) et éventuellement tests de réintroduction à la molécule souhaitée par l'anesthésiste. En effet, si l'histoire est très ancienne le bilan de base (tests cutanés et IgE spécifiques) peut manquer de sensibilité (faux négatifs possibles) et seul la réintroduction lèvera totalement le doute.

Néanmoins, et comme nous l'avons déjà mentionné, une telle démarche requiert un temps non négligeable et l'urgence réelle ou relative de certaines interventions n'est pas toujours compatible avec ce déroulement.

En cas d'urgence, l'éviction de la molécule voire de la famille est souvent la seule issue raisonnable.

Il est important de conclure ce sujet sur la nécessité d'adresser rapidement à l'allergologue, le patient qui présente une suspicion d'allergie aux béta Lactamines car la fiabilité du bilan est très dépendante du délai de la réalisation de ce bilan par rapport à l'accident suspect. L'idéal est d'effectuer le bilan 4 à 6 semaines après l'accident mais la réalisation dans l'année reste raisonnable.

2. Antécédents d'allergie au latex

En théorie, tout patient avec une allergie immédiate au latex, ayant bénéficié d'un bilan confirmant cette allergie est porteur d'un document (soit certificat, soit carte d'identité d'allergie) attestant l'authenticité de cette allergie.

Nous rappelons que l'allergie de contact au caoutchouc ou latex répond à 2 mécanismes bien distincts et que derrière une allergie de contact, il existe 2 réalités très différentes :

- L'HSI au latex qui se traduit par une urticaire de contact dont la survenue est très rapide (souvent quelques minutes) après le contact. L'allergène est le latex végétal et en particulier les épitopes Hev b5 et 6 (personnel soignant) ou Hev b 1 et 3 (multi-opérés). Cette allergie est souvent associée à des allergies alimentaires (avocat, banane, kiwi.....) en particulier pour le personnel soignant.
- L'allergie retardée (HSR) au caoutchouc se traduit par un eczéma de contact qui apparaît souvent de façon différée par rapport au contact et qui perdure bien au-delà de contact. Les allergènes sont souvent les additifs au latex et en particulier les agents de vulcanisation qui sont des produits soufrés.

En anesthésiologie, il faut dépister l'allergie immédiate qui peut exposer le patient à un choc anaphylactique. L'allergie retardée est beaucoup moins préoccupante et n'expose pas au risque anaphylactique.

3. Antécédents d'allergie aux curares

La situation idéale est une allergie bien documentée cliniquement, un bilan allergologique confirmant la responsabilité du curare et un bilan exhaustif d'allergie

croisée avec tests à tous les autres curares. Cette procédure est actuellement bien codifiée et chaque patient doit pouvoir bénéficier de ce type de prise en charge.

Les histoires anciennes n'ont pas toujours été évaluées ainsi et parfois le bilan d'allergie croisée n'a pas été effectué. Il n'est pas inutile dans ce cas de compléter le bilan des années plus tard. En effet, et contrairement à d'autres médicaments (amoxicilline notamment) il semble que les tests cutanés aux curares restent positifs longtemps.

Les tests cutanés négatifs aux curares représentent ils une sécurité absolue pour l'anesthésiste qui souhaite utiliser ce médicament? Globalement, la sensibilité et la spécificité des tests sont excellentes mais l'expérience montre que les curares dans leur ensemble (y compris ceux à bilan négatif) sont souvent évités lors d'anesthésies ultérieures. La valeur prédictive négative des tests cutanés est donc difficile à préciser sur de grandes séries faute de nouvelle exposition au médicament et dans ce domaine de l'allergie aux curares, le test de réintroduction est bien sur irréalisable ;

4. Antécédents d'allergie alimentaire

a) à l'œuf ou au soja

Il existe en théorie une contre indications de principe du propofol (Diprivan®) en cas d'allergie au soja (contient de l'huile de soja raffinée). « *Diprivan contient du soja et ne doit pas être utilisé chez les patients ayant une hypersensibilité à l'arachide ou au soja* ». (cf. Vidal). Cette contre indication est étendue à l'arachide en raison de la parenté possible soja-arachide (ces 2 aliments appartiennent à la famille des légumineuses).

Le Diprivan® contient également des phosphatides d'œuf purifié mais la contre indication allergie à l'œuf a disparu des mises en garde pour laisser place aux contre indications suivantes : « *Hypersensibilité à l'un des constituants de ce produit.* ». Cette formulation ne lève donc pas complètement la contre indication concernant l'œuf compte tenu de cette allusion évasive « autres constituants ».

Toutefois les cas d'allergie au Diprivan® sont exceptionnels et la relation avec ces allergènes alimentaires peu documentée dans la littérature allergologique.

b) aux viandes de mammifères

Deux produits utilisés en anesthésiologie sont associés aux réactions allergiques aux viandes de mammifères : les gélatines fluides modifiées (d'origine bovine) et l'aprotinine (dérivée de tissus pulmonaire bovin).

Pour l'aprotinine, la solution injectable Trasylol® est supprimée depuis 2008 (décision Afssaps) mais persistent les colles chirurgicales (Beriplast® et Tussicol®).

Faute d'étude sur ce sujet, les allergologues ne peuvent pas donner le pourcentage de patients allergiques aux viandes qui développent une allergie à ces produits. En revanche, il semble quasi certain que les allergies à ces produits surviennent chez les allergiques aux viandes et que l'allergie aux viandes constitue donc un facteur de risque.

Mention contre indication du Vidal pour Beriplast® et Tussicol® : « Hypersensibilité connue aux protéines bovines ou à d'autres composants du produit ».

5. Antécédents d'allergie aux fruits exotiques

Elle est souvent associée à l'allergie au latex qui doit impérativement être recherchée si tel n'a pas été le cas auparavant. Ces allergies aux fruits exotiques doivent être recherchées car elles sont parfois anecdotiques sur le plan clinique et peuvent se limiter à des symptômes très bénins type syndrome oral (dit de Lessof) que ne signalera pas spontanément le patient si la question ne lui est pas posée. En outre le patient ignore parfois le lien avec le latex.

Les fruits exotiques concernés sont : avocat, banane, kiwi, mangue, fruit de la passion....etc.

Certains aliments non exotiques peuvent également être impliqués dans cette allergie croisée : châtaigne, épinard.

6. Antécédents d'allergie –ou intolérance- à l'aspirine (AAS) et aux anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Cette intolérance est importante à dépister pour la période post opératoire qui requiert parfois des AINS pour la stratégie antalgique. Il existe un terrain prédisposant à l'allergie ou intolérance aux AINS : polypose naso sinusienne (associé à l'asthme ou non), sinusite chronique, urticaire chronique.

Un patient ayant présenté une réaction à 2 AINS de famille différente ou à 1 AINS + AAS est manifestement un sujet intolérant aux AINS. Dans cette situation les anti Cox 2 sélectifs (type Celebrex®) voire préférentiels (type Nexen®) peuvent être un

recours possible. Il est néanmoins plus sécuritaire d'effectuer une réintroduction diagnostique avant l'intervention pour plus de sécurité.

Les tests cutanés ont en revanche peu d'intérêt pour cette catégorie de médicaments.

7. Allergie aux anesthésiques locaux (AL)

Cette allergie bien qu'exceptionnelle (eu égard au nombre d'utilisations) est bien réelle. Elle peut concerner la molécule elle-même ou les conservateurs de l'anesthésique (parabens) ou ceux de l'adrénaline (sulfite).

Les antécédents d'allergie aux AL sont néanmoins très souvent rapportés par excès. Parfois la clinique permet facilement de récuser l'allergie mais les cas douteux imposent un bilan allergologique complet allant jusqu'à la réintroduction si nécessaire.

8. Antécédents d'allergies aux héparines

Ces allergies sont exceptionnelles sous l'angle HSI mais plus fréquentes sous l'angle HSR. Les réactions sont donc essentiellement des toxidermies tardives et il existe très peu de réactions anaphylactiques.

Curieusement en cas de réaction HSR (eczéma plus ou moins diffus et réactions locales aux points d'injection), la voie veineuse est souvent bien tolérée. Il existe donc des alternatives IV possibles.

9. Antécédents d'allergie lors d'une intervention précédente

Si l'histoire est crédible, le bilan allergologique s'impose :

- soit orienté si le protocole a pu être récupéré,
- soit dirigé particulièrement vers les médicaments que souhaite utiliser l'anesthésiste pour l'AG à venir si le protocole est ignoré.

Mais cette éventualité est de plus en plus rare depuis que la prise en charge des accidents péri opératoires est bien codifiée.

L'allergologue est parfois confronté à sa consultation à un patient mentionnant un accident ou incident péri opératoire qui lui a été rapporté par un membre de l'équipe médicale ou para médicale sans précision clinique. Il s'agit souvent d'amalgame entre certains effets secondaires et allergie. Dans l'esprit grand public, cet amalgame est très vite fait et tout effet secondaire devient allergie. Dans ce cas d'effet secondaire non allergique, il serait bon que l'anesthésiste informe clairement le patient afin que ce genre d'histoire ne prenne par d'épaisseur factice au fil du temps.

Conduite à tenir au bloc opératoire

1. Conduite à tenir en cas de réaction anaphylactique

En cas de réaction anaphylactique, le prélèvement sanguin pour dosage des médiateurs de l'anaphylaxie est souvent très utile pour documenter l'origine allergique. Deux médiateurs peuvent être dosés

- L'histamine (normale < 1 ng/ml) qui est libérée très rapidement et catabolisée (dégradation hépatique en méthyl Histamine éliminée dans les urines) également très rapidement. Ce dosage n'a vraiment d'intérêt que s'il est réalisé très rapidement (idéal dans les 10-15mn). Toutefois, dans les accidents graves l'histamine reste parfois élevée plus longtemps. L'importance de ce dosage précoce est parfois incompatible avec la priorité de traiter le patient.
- La tryptase sérique (normale < 12.5mcg/ml) est un médiateur plus intéressant pour 2 raisons : a) il est spécifique du mastocyte et son élévation signe la participation mastocytaire, b) son taux reste élevé plusieurs heures après l'accident et cet aspect « plateau » de sa courbe permet de le doser après traitement du patient.

L'élévation des médiateurs est utile sur le plan diagnostique (accident peu clair avec possibilités de diagnostics différentiels), sur le plan sévérité de l'allergie (élévation proportionnelle au grade), sur le plan médico-légal (preuve d'un accident aléatoire non prévisible).

2. A partir de quel stade faut-il envisager un bilan allergologique ?

Dès que la réaction cutanée est franchement urticarienne, ce qui impose de distinguer un simple flush (érythème sans papule) fréquent en induction anesthésique de lésions urticariennes (érythème avec éléments papuleux).

3. Peut-on effectuer une dose test avec un médicament suspect ?

Globalement la réponse est négative. Toutefois dans certaines circonstances exceptionnelles, une telle conduite à tenir peut se discuter. Si une réaction allergique doit survenir, l'injection d'une petite dose d'un allergène entraîne nécessairement une réaction allergique de moindre sévérité que la dose totale. C'est le principe même du test de réintroduction qui est pratiqué prudemment par les allergologues. Dans ces conditions, si un médicament est incontournable, ou si le rapport bénéfice risque penche du côté de l'utilisation de ce médicament, ou si sa non utilisation fait

perdre une chance au patient, on peut légitimement envisager de l'utiliser sous réserve de recourir à la dose test.

Dans cette approche bénéfice risque, on tiendra également compte de la sévérité de l'accident d'origine suspecté pour ce médicament.

Conduite à tenir dans certaines situations en post opératoire

Une situation non exceptionnelle mérite d'être mentionnée : bilan allergologique négatif après accident anaphylactique péri opératoire bien documenté.

Dans ce cas, l'allergologue doit

- s'assurer de l'exhaustivité des renseignements cliniques fournis par l'anesthésiste sans ignorer les causes les plus rares (accidents allergiques aux antiseptiques par exemple),
- renouveler les tests à distance (1 ou 2 mois plus tard),
- évoquer une possible mastocytose et vérifier le dosage de tryptase sérique inter critique. La mastocytose est une cause bien connue de bilan négatif ou à peine positif dans l'allergie aux venins d'hyménoptères mais cette particularité n'est probablement pas spécifique de l'allergie aux venins.

Conclusions

La prise en charge des accidents allergiques péri opératoires nécessite une démarche rigoureuse de la part de l'anesthésiste et de l'allergologue.

L'anesthésiste doit transmettre intégralement le protocole (médicaments, chronologie des événements) et de façon lisible pour l'allergologue. Les renseignements sont optimaux avec une lettre détaillée et la photocopie de la feuille de surveillance anesthésique. L'anesthésiste doit s'assurer que les éléments transmis sont compréhensibles (lisibilité des documents, sigles et abréviations à éviter....)

L'allergologue doit avoir une démarche « jusqu'au boutiste » [bilan diagnostique, bilan d'allergie croisée pour les molécules proches du médicament incriminé, test de réintroduction quand cela est possible (anesthésiques locaux par exemple)] afin d'apporter une certitude diagnostique à l'anesthésiste dans la grande majorité des cas.

La qualité de la communication entre anesthésistes et allergologues est la base d'un bilan bien conduit et donc de sa rentabilité, le tout au profit du patient allergique.

