

# Bilan de l'Unité d'Allergo-Anesthésie Lyonnaise

**Dr J. Dubost**  
**Service d'Anesthésie-Réanimation**  
**CH Lyon Sud**

Les deux principales causes de morbi-mortalité lors de l'induction anesthésique sont la ventilation (intubation) impossible et le choc anaphylactique.

Tout médecin anesthésiste-réanimateur est susceptible de se retrouver un jour ou l'autre face à un choc allergique dû à une réaction à un médicament injecté en pré, per ou post-opératoire.

Le médicament causal n'est pas forcément celui « qu'on croit » !, d'autant, que ce n'est peut être pas un, mais plusieurs médicaments qui peuvent être en cause !

Le bilan allergo-anesthésique pratiqué à six semaines de l'accident est fondamental pour prouver l'imputabilité d'un (ou de plusieurs) médicament(s) afin de l'éliminer (ou de les éliminer) définitivement.

Une Unité d'Allergo-Anesthésie, basée au C. H. Lyon Sud (la seule de la région), a été ouverte en juin 2009. Cette UF remplace l'unité créée par le Pr J Motin à HEH en 1989, dont l'activité a été poursuivie par le Dr Y Benoit, jusqu'à son départ.

Elle est actuellement constituée d'un binôme médical : un allergologue et un anesthésiste, présent en permanence 3 jours par semaine :

( Dr R Ferrenq- Dubost allergologue ; Dr J Dubost, Dr N Diot-Junique et Dr C Mullet anesthésistes).

Après réception et analyse : du bilan biologique initial (tryptase, histamine, IgE) prélevé aux 3 temps T1 (15mn), T2 (1h), T3 (8h) (et arrivant d'un des 2 laboratoires de la région : Pr Bienvenu CHLS et Dr Guilloux Biomnis), de la feuille d'anesthésie, et de la fiche de déclaration d'accident, le bilan allergologique est programmé en hôpital de jour.

Cette journée consiste en des prélèvements biologiques (IgE, TAB), pose d'un cathéter veineux court, et tests cutanés (pricks tests puis IDR à dilutions croissantes) (sous surveillance, et avec chariot d'urgence à proximité) (jusqu'à 60 injections, avec lecture à la 20<sup>ème</sup> minute, pour chaque batterie). Tous les médicaments utilisés dans l'heure précédant l'accident, sont testés (narcotiques, morphiniques, curares, antibiotiques, analgésiques, produits de contraste iodé, colorants, PFC ...) ainsi que le latex le plus souvent.

Le patient sort avec un certificat provisoire. Puis après réception de la biologie, un courrier est envoyé au médecin anesthésiste, au médecin traitant et au patient, accompagné d'une carte d'allergo-anesthésie expliquant l'accident, les tests pratiqués et les produits responsables à proscrire.

L'anesthésiste de l'unité pourra proposer alors une alternative pour une future anesthésie.

Tous ces accidents sont déclarés en pharmaco-vigilance.

## **Bilan sur 12 mois** (Juin 2009 – juin 2010) :

**: 166** patients ont été explorés en hôpital de jour,  
 dont 92 suite à une anesthésie générale, 45 à une anesthésie loco-régionale ou anesthésie locale, et 29 divers (colorants, antibiotiques, latex, PCI, AINS, analgésiques ...).

## Résultats : 166 patients

	patients testés	+	% /tests	/population	GERAP 8	Assoc
<b>curares</b>	71	41	<b>57%</b>	25%	47%	4
<b>latex</b>	140	8	<b>6%</b>	5%	26%	5
<b>AB</b>	56	14	<b>25%</b>	8%	12%	2
<b>morphine</b>	75	7	9%	4%	1%	1
<b>narco</b>	89	4	4%	2%	1%	1
<b>Bleu P</b>	3	1				
<b>AL</b>	62	3	5%	2%		2X2 AL
<b>PCI</b>	14	3	21%	2%		
<b>Vit E</b>	1	1				
<b>Isméline*</b> (guanéthidine)	1	1				

## Signes de gravité et molécules responsables

	Grade I	Grade II	Grade III	Grade IV
<b>Curares</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>27</b>	<b>3 (Célo)</b>
<b>AB</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>0</b>
<b>Latex</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>Bleu P</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Sufentanil</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Morphine</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Midazolam</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PCI</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>AL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

# CAS CLINIQUES

**1 : accident G III lié à un curare (croisé)**

**2 : accident G III lié à un curare (croisé) et un morphinique**

**3 : découverte fortuite d'une allergie à un curare(croisé), liée à une erreur d'étiquette**

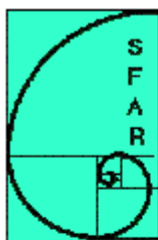
**4 : accident GII lié à une vitamine (diluant)**

**5 : accident GIV lié à un antibiotique +/- un antihistaminique (prémédication)**

**6 : double accident par allergie à 2 anesthésiques locaux**

**7 : G III choc allergique au latex (évitable si interrogatoire bien conduit)**

**8 et 9 : 2 G IV avec arrêt cardiaque , dont 1 décès, à quelques jours d'intervalle, même bloc par allergie à la Célocurine**



[www.sfar.org](http://www.sfar.org)

## Prise en charge d'un choc anaphylactique

### Signes cliniques

- GRADE I** Signes cutanéomuqueux généralisés : érythème, urticaire avec ou sans œdème angioneurotique.  
**GRADE II** Atteinte multiviscérale modérée avec signes cutanéomuqueux, hypotension et tachycardie inhabituelles, hyperréactivité bronchique (toux, difficulté ventilatoire).  
**GRADE III** Atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant un traitement spécifique ; collapsus, tachycardie ou bradycardie, troubles du rythme cardiaque, bronchospasme. Les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'après la remontée tensionnelle.  
**GRADE IV** Arrêt circulatoire et/ou respiratoire

L'absence de tachycardie, de signes cutanés, n'exclut pas le diagnostic d'une réaction anaphylactoïde.

### Traitement

- arrêt si possible de l'injection du produit suspecté
- information de l'équipe chirurgicale (abstention, simplification, accélération ou arrêt du geste chirurgical)
- oxygène pur
- contrôle rapide des voies aériennes
- voie veineuse efficace
- appel aide urgente
- **ADRENALINE IV** par titration, toutes les 1 à 2 min, en fonction du grade (cf. supra).

▼ Appel urgent  
Bip

- ◆ Grade I : pas d'adrénaline
- ◆ Grade II : bolus de 10 à 20 µg
- ◆ Grade III : bolus de 100 à 200 µg
- ◆ Grade IV : arrêt circulatoire

*La tachycardie ne contre-indique pas l'utilisation d'adrénaline*

- massage cardiaque externe
- **ADRENALINE BOLUS** de 1 mg toutes les 1 à 2 minutes puis 5 mg à partir de la 3<sup>e</sup> injection, à renouveler
- mesures habituelles de réanimation d'une inefficacité cardiocirculatoire

Les doses d'adrénaline doivent être augmentées rapidement, relayées par l'adrénaline en perfusion continue : (0,05 à 0,1 µg·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup>)

- Remplissage vasculaire concomitant : cristalloïdes isotoniques (30 mL·kg<sup>-1</sup>) puis amidons (30 mL·kg<sup>-1</sup>)

### Cas particuliers

#### BRONCHOSPASME

- **salbutamol (Ventoline®)** avec Aérovent®
- si résistance au traitement ou si forme d'emblée sévère
  - ◆ **salbutamol IV (Salbumol®)** en bolus 100 et 200 µg en perfusion continue (5 à 25 µg·min<sup>-1</sup>)
  - ◆ formes les plus graves : perfusion continue d'adrénaline
  - ◆ les corticoïdes ne représentent pas le traitement de première intention

#### FEMME ENCEINTE

- **éphédrine 10 mg IVD** toutes les 1 à 2 minutes (dose totale 0,7 mg·kg<sup>-1</sup>) et décubitus latéral gauche
- si inefficacité de l'éphédrine, **donner rapidement de l'adrénaline**

#### PATIENT TRAITÉ PAR β-BLOQUANTS

- augmenter la posologie d'adrénaline
- si inefficacité de l'adrénaline : **glucagon (Glucagon®)** (1 à 2 mg IVD) à renouveler toutes les 5 minutes

Collapsus cardiovasculaire réfractaire à l'adrénaline : **Noradrénaline®** (0,1 µg·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup>)

Adresse du laboratoire

### Investigations allergologiques

Adresse du centre  
d'allergo-anesthésie

#### Prélèvements immédiats

Quoi ? dosage histamine, tryptase et IgE spécifiques (curares, latex, thiopental)

Quand ? 30 à 60 minutes après la réaction

Comment ? 1 tube sec (7 mL) et 1 tube EDTA (7 mL) et envoi au laboratoire local dans les 2 heures ou stockage réfrigérateur à 4 °C pendant 12 h maximum

#### Tests cutanés secondaires

Quand ? 4 à 6 semaines après

Où ? Centre diagnostique d'allergo-anesthésie

Documents à joindre : résultats des prélèvements immédiats, feuille d'anesthésie

Déclaration au centre régional de pharmacovigilance, en utilisant le formulaire disponible sur le site

[www.sfar.org](http://www.sfar.org)