

Les accidents allergiques aigus - Le choc anaphylactique

Dr Marcel LECLERCQ, Collaborateur de l'ULg.

Les réactions anaphylactiques peuvent être déclenchées par : 1. l'alimentation 2. les pneumallergènes 3. les médicaments et les produits de contraste en radiologie 4. les piqûres d'insectes. Jusqu'à l'utilisation médicale de la seringue, la généralisation des administrations parentérales et l'extension des accidents allergiques immédiats qui en a résulté, les piqûres d'insectes ont représenté le seul mode possible d'inoculation transcutanée de substances antigéniques. Cependant, ne favorisons pas l'entomophobie puisque la moyenne annuelle des décès est de 1 à 6 pour une population de 10 millions d'habitants, selon la zone géographique, et ce n'est pas toujours l'anaphylaxie qui tue, d'autres mécanismes peuvent être en cause. Par contre, les décès après injections thérapeutiques se chiffrent par plusieurs centaines annuellement.

ACCIDENTS ALLERGIQUES AIGUS : diagnostics à faire rapidement : 1. urticaire localisée 2. urticaire étendue avec parfois dyspnée 3. urticaire géante avec réaction cardiovasculaire secondaire, syncope, syndrome obstructif parfois surajouté, vomissements,... 4. collapsus cardiovasculaire d'emblée, les manifestations cutanées étant souvent absentes suite à l'hypotension artérielle, bronchospasme, émission d'urines et de selles,... c'est le vrai choc anaphylactique, rapide.

Dans les 3 premières éventualités, les plus fréquentes, l'hypotension moins brutale permet des manifestations cutanées spécialement prurigineuses, mais cela devient grave si un œdème de Quincke survient. Selon les signes cliniques, le traitement doit être polyvalent, immédiat et simultané : antihistaminique + calcium + corticoïde, en injection intramusculaire ou intraveineuse lente. S'il y a obstruction des voies aériennes supérieure par œdème laryngé : intubation ou trachéotomie.

Les états de choc anaphylactique requièrent plusieurs mesures : — allonger le patient et surélever membres inférieurs et même supérieurs — assurer une ventilation optimale en maintenant la perméabilité des voies respiratoires supérieures ou par une ventilation assistée (bouche à bouche) — mettre un abord veineux pour l'injection de médicaments et un remplissage vasculaire adéquat avec Hartmann lactate Ringer (solutions en poches Viaflex 1 litre) — l'adrénaline est le médicament de choix si le collapsus cardiovasculaire est installé ou risque de le faire — corticoïde — antihistaminique — calcium — si bronchospasme : Ventolin ou Bérotec en aérosol doseur, éventuellement aminophylline en injection intraveineuse lente — oxygène — massage cardiaque. Tout cela est facile si l'on se trouve en milieu hospitalier avec l'assistance et les contrôles techniques. Sur le terrain, le généraliste fait ce qu'il peut en se méfiant des effets iatrogènes, non seulement pour les médicaments mais aussi pour le mode d'administration à un patient particulier ou inconnu ? L'utilisation de l'arsenal thérapeutique doit donc être commenté :

— l'adrénaline en injection intraveineuse directe : 1 ampoule d'1 mg = 1 ml diluée dans 19 ml de liquide physiologique, seringue de 20 ml, débitée à raison de 50 à 100 microgrammes à la demande, jusqu'à palpation d'un pouls satisfaisant et apparition d'une pression artérielle suffisante. Une rinçure de seringue serait parfois active ? Si le collapsus est sévère, perte de connaissance, impression de mort imminente : 1/3 d'ampoule à 1 mg pour un patient de 70 kg (5 microgrammes/kg/poids corporel); dans ce cas, l'injection intramusculaire ou sous-cutanée ne sont plus efficaces, elles ne se justifient que si l'état cardiovasculaire est encore acceptable. L'injection dans la langue peut être pratiquée. Il faut savoir que l'adrénaline est facilement oxydable (détruite par la lumière ou par la chaleur, respecter la date de péremption) et qu'il y a des contre-indications : absolues : chez un sujet traité par inhibiteur de monoamine oxydase (IMAO),... & relatives : en même temps que les antidépresseurs tricycliques, le Novothyral,... Le risque de fibrillation ventriculaire ou d'œdème pulmonaire aigu doit être évité, autant que possible.

— corticoïde : Solu-Médrol (méthylprednisolone jusqu'à 30 mg/kg/poids, suivant la gravité, potentialise les effets de l'adrénaline).

— antihistaminique à action rapide et à faible somnolence : par exemple, Polaramine en injection intraveineuse lente.

— calcium : antioedémateux utile, en injection intraveineuse lente (effet bradycardisant : risque de trouble du rythme cardiaque si : patient fortement digitalisé, hypokaliémie, sel facilement ionisable et quantité supérieure à 200 mg ionisable, injection trop rapide). On utilise le gluconate calcique (ampoule de 10 cc à 10 %) ; le chlorure calcique à 10 % sert en chirurgie à cœur ouvert. Contre-indication du calcium : insuffisants rénaux graves.

— l'association d'antihistaminique et de calcium existe dans le Sandostène-Calcium (Sandoz).



Le médecin doit savoir qu'un médicament unique dans certains cas peut se solder par un échec, rapide ou retardé. Il faut donc faire le bon choix dans le traitement polyvalent proposé.

Tout patient susceptible de présenter des manifestations anaphylactiques doit être informé des mesures à prendre dès leur apparition, sans attendre le médecin qui pourrait arriver trop tard. *Per os*: antihistaminique + calcium effervescent + corticoïde, boire abondamment. La trousse Anakit contient un antihistaminique à mâcher et une seringue auto-injectable d'adrénaline de 1 mg/ml pouvant distribuer en injection sous-cutanée 0,3 ml une à deux fois. Il faut y ajouter du calcium effervescent et un corticoïde (par exemple le Médrol A (16 mg) ou mieux, le Solupred Houdé qui existe en France (20 mg de prednisolone sous forme effervescente), en prévision d'un œdème de Quincke; un aérosol doseur Ventolin ou Bérotec. Ainsi, le patient ou son accompagnateur pourra disposer immédiatement de cette thérapeutique polyvalente, selon les indications précisées par son médecin, sans créer ni anxiété, ni entomophobie.

En réalité, le destin est scellé quand le collapsus cardiovasculaire est installé. En cas de malheur, ne pas laisser supposer un seul instant que l'on peut toujours tout sauver car que faire lorsque la victime décède endéans quelques minutes?

Les urgences psychiatriques

G. HOUARDY, Spécialiste des Hôpitaux ULg.

On a pu dire que l'urgence psychiatrique n'existait pas (on ne meurt pas d'une crise d'angoisse!); et pourtant...

Les urgences psychiatriques représentent 10 % des admissions dans un service d'urgence, se répartissant comme suit: Tentatives de suicide: 37 %; Etats de crise: 24 %; Agitation et Troubles du comportement: 20 %; Pseudo-troubles somatiques: 18 %.

Particulièrement dans la situation d'urgence, la bipolarisation classique: *troubles névrotiques vs troubles psychotiques*, est d'application: elle reste le guide essentiel en ce qui concerne la prise en charge.

Si le trouble est d'ordre névrotique, qu'il s'agisse d'une crise d'angoisse aiguë, de troubles de l'humeur ou du comportement, d'une agitation ou d'un risque de passage à l'acte suicidaire, le contact avec le patient sera maintenu: le discours reste compréhensible; les troubles de la conscience sont rares et modérés; le lien entre la cause et l'effet, même si celui-ci paraît disproportionné, est décelable; en un mot, l'identification au patient est possible. QUE FAIRE? Un minimum de médicaments et un maximum de contact: l'urgence sera souvent différée de quelques heures, voire de quelques jours. Mais ce n'est pas n'importe quel contact! Une panique névrotique aiguë deux jours avant un examen décisif (urgence psychiatrique!) ne cédera pas avec de «bonnes» paroles, mais grâce à une *intervention psychothérapique en crise*. QUE FAIRE? Ne pas hésiter à recourir, en urgence, à un spécialiste des interventions en crise. Ne pas négliger qu'un trouble névrotique ne recevant pas de réponse adéquate ira presque toujours à l'escalade.

Si, pour les mêmes symptômes généraux, le trouble est d'ordre psychotique (au sens large: manifestations psychiatriques en pathologie organique, psychoses exogènes et psychoses endogènes), le malade se trouve sur une autre planète: il «déraille», déraisonne, ne s'y retrouve plus. Les troubles de la conscience sont fréquents; le malade est incohérent, illogique, bizarre, incompréhensible, halluciné. (N.B. Les hallucinations visuelles renvoient le plus souvent à une psychose organique; les hallucinations auditives renvoient le plus souvent à une psychose endogène). Le lien entre la cause exprimée et l'effet, s'il existe, est délirant. QUE FAIRE? Protéger le malade: le confus met le feu, le schizophrène catatonique tue, se tue, ou se mutile, le maniaque se ruine, le mélancolique se pend, le délirium se tape la tête contre les murs. Le contact étant rompu, il est évidemment illusoire de compter sur une quelconque collaboration du patient, même s'il la promet avec force.

Protéger le malade, c'est lui administrer (de force s'il le faut) un sédatif (Dropéridol, Dominal, essentiellement), puis l'hospitaliser: en hôpital général, si le moindre doute existe quant à une éventuelle étiologie organique, en hôpital psychiatrique dans le cas contraire. L'hospitalisation se justifie dans pratiquement tous les cas de troubles psychotiques aigus. Il ne faut jamais, même si la pression de l'entourage est extrême, laisser à ce dernier la responsabilité de la surveillance d'un tel malade; c'est plus qu'une lâcheté, c'est une faute grave.

Parmi les urgences psychiatriques, la plus fréquente, le suicide, requiert une attention particulière.

Plus de 50 % des suicidés ont consulté leur généraliste DANS LE MOIS PRECEDANT LEUR MORT: l'urgence psychiatrique, c'est la triade pré-suicidaire: (1) Idées de suicide de plus en plus obsédantes, (2) Repli sur soi, (3) Inhibition de l'agressivité.

