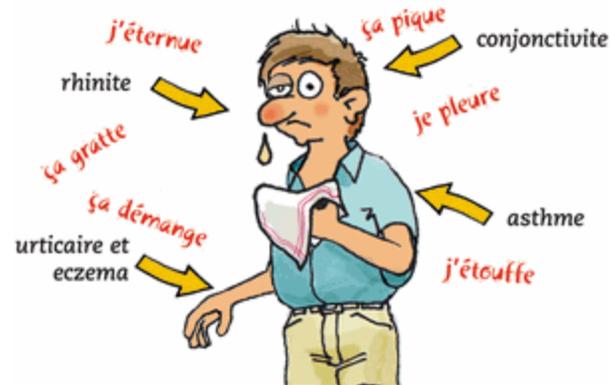


LES ALLERGIES



CONDUITES A TENIR

LES ALLERGIES

PLAN

Les allergies et leurs prises en charge

L'allergie au latex



Les allergies et leurs prises en charge



LES ALLERGIES

En dépit des progrès réalisés dans notre connaissance des réactions allergiques, ces dernières demeurent un sujet de préoccupation

L'analyse de la littérature publiée depuis 1980, retrouve plus de 4 500 cas d'anaphylaxie documentés par un bilan allergologique. L'incidence des réactions est diversement appréciée suivant les pays et varie de 1/10 000 à 1/20 000 anesthésies toutes substances et techniques d'anesthésies confondues.

L'incidence de l'anaphylaxie aux curares est évaluée à 1/6 500 anesthésies.

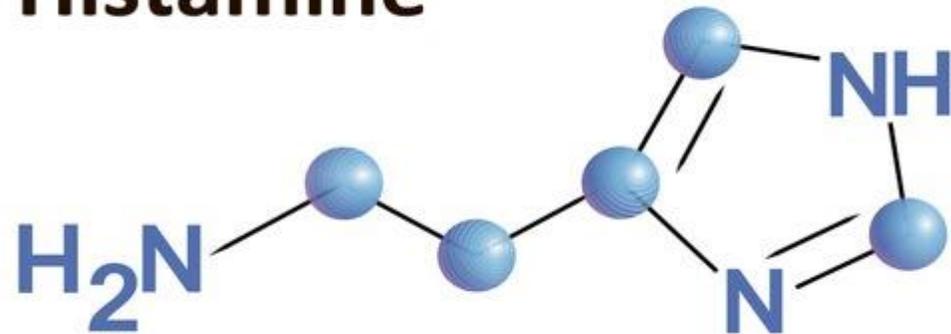
Ces derniers sont les médicaments les plus fréquemment incriminés, représentant 62 % des cas publiés, suivis par le latex (16,5 %), des hypnotiques (7,4 %), les antibiotiques administrés à titre prophylactique (4,7 %), les substituts du plasma (3,6 % dont 93 % de gélatine) et les morphiniques (1,9 %).

L'allergie vraie aux anesthésiques locaux est exceptionnelle. Il n'a jamais été rapporté d'anaphylaxie aux anesthésiques inhalés

Rappels

Quel que soit le mécanisme de la réaction, l'histamine libérée va induire une cohorte de signes cliniques en se fixant sur ses récepteurs tissulaires, allant de la simple manifestation cutanée , au choc anaphylactique

Histamine



Rappels

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

L'exploration de l'HSR se fait grâce aux tests cutanés d'allergie retardée (epidermotests)



Rappels



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 à la consultations d'anesthésiste , du chirurgien), les tests cutanés, la biologie et éventuellement le test de ré exposition (dit parfois test de provocation).

Cette dernière procédure peut être longue (consultation, bilan diagnostique, bilan élargi aux molécules proches en cas d'allergie médicamenteuse prouvée, test de réintroduction). 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.

En tout cas lors de la prise en charge des patients il faut absolument à chaque étape arge lui redemander ses allergies éventuelles

LES SIGNES CLINIQUES

La symptomatologie d'une réaction anaphylactique est riche et variée. Les signes cliniques sont cutanéomuqueux, cardiovasculaires et respiratoires, associés ou isolés .

Dans les formes les moins graves les signes cutanés sont isolés.

Dans les formes graves, ils sont accompagnés de signes cardiovasculaires et respiratoires, cependant, quand les conditions hémodynamiques sont gravement altérées les signes cutanés peuvent être absents et leur absence signe alors la gravité du choc.

La gravité des réactions anaphylactiques a été définie sur une échelle en 4 points

GRADES DE SÉVÉRITÉ CLINIQUE (D'APRÈS RING ET MESSMER 4).

Grade de sévérité I : Symptômes Signes cutanéomuqueux généralisés : érythème, urticaire, avec ou sans oedème angioneurotique

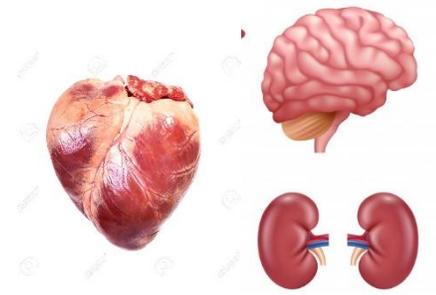
Grade de sévérité II : Atteinte multiviscérale modérée, avec signes cutanéomuqueux, hypotension et tachycardie inhabituelle, hyperréactivité bronchique (toux, difficulté ventilatoire)

Grade de sévérité III : Atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant une thérapeutique 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 de sévérité IV : Inefficacité cardio circulatoire. Arrêt respiratoire.

Dans les réactions sévères (grade 2 et plus) tout retard dans la mise en route du traitement peut être préjudiciable pour le patient.

PRISE EN CHARGE DU CHOC ANAPHYLACTIQUE



Les recommandations de prise en charge du choc anaphylactique sont basées sur la physiopathologie, la pharmacologie, et l'expérience clinique.

Le but du traitement est le rétablissement rapide des fonctions vitales perturbées par le choc anaphylactique.

Les complications d'organes intéressent surtout le cerveau, le cœur et le rein.

Le retard thérapeutique est un facteur de risque de mauvais pronostic.

La prise en charge initiale du choc anaphylactique est basée sur les règles de la réanimation des arrêts cardio circulatoires : liberté des voies aériennes, ventilation efficace et efficacité cardio circulatoire.

PRISE EN CHARGE DU CHOC ANAPHYLACTIQUE

Les règles de base sont : L'arrêt de l'administration de l'allergène,
changer la tubulure d'administration intraveineuse

Si le choc anaphylactique survient à l'induction anesthésique ou avant
le geste chirurgical, il est raisonnable de reporter celui-ci et de réveiller
le patient.

Lorsque le choc anaphylactique survient après le début du geste
chirurgical, il faut prendre en commun accord avec l'équipe chirurgicale
une décision sur l'interruption, l'accélération ou la simplification du
geste opératoire.

PRISE EN CHARGE DU CHOC ANAPHYLACTIQUE

Si une anesthésie doit être poursuivie (fin du geste chirurgical), elle doit faire appel à des hypnotiques peu histaminolibérateurs et entraînant des effets hémodynamiques modestes.

Le contrôle des voies aériennes supérieures doit être rapide car l'œdème laryngé peut évoluer rapidement et rendre une intubation ultérieure impossible.

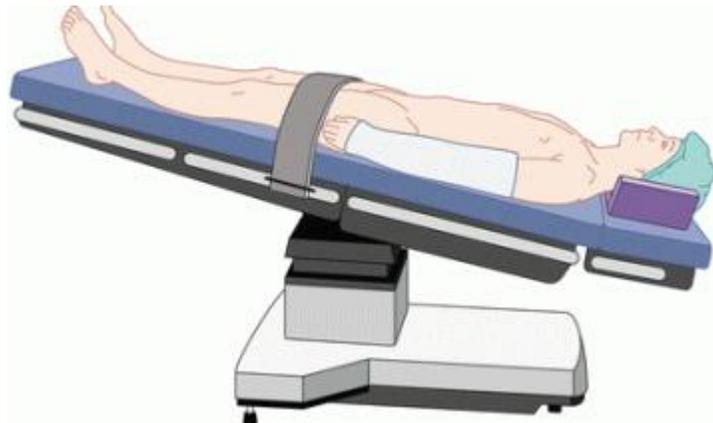


PRISE EN CHARGE DU CHOC ANAPHYLACTIQUE

Le but du traitement est de rétablir rapidement une pression de perfusion d'organe, dont le cerveau et le cœur, pour éviter l'ischémie cérébrale et myocardique.

Pour pallier à l'hypovolémie du choc anaphylactique, il faut réaliser un remplissage vasculaire par des cristalloïdes et des colloïdes

Une amélioration de la volémie centrale peut aussi également être obtenue par la mise du patient en position de Trendelenbourg ou par la surélévation des membres inférieurs si cela est possible (proposer à l'ARE ce geste simple et de votre rôle IDE)



PRISE EN CHARGE DU CHOC 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 < 12.5 mcg/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).

LA SURVEILLANCE DU PATIENT

Le profil évolutif du choc anaphylactique, le risque d'aggravation secondaire et le caractère imprévisible des complications secondaires rendent nécessaire une surveillance prolongée des patients ayant fait un choc anaphylactique.

Une surveillance en service de réanimation pendant 24 heures ne se justifie que pour un choc anaphylactique compliqué



LA DÉCLARATION DE L'ACCIDENT

L'information du patient, la prise de contact avec une équipe spécialisée pour le diagnostic étiologique (consultation d'allergologue), la remise au patient et au médecin traitant des informations et des mises en garde sont indispensables. La déclaration de cet accident par la médecin ayant constaté les faits est légale et indispensable auprès du Centre Régional de Pharmaco-Vigilance, ou de Matério Vigilance pour le latex (voir juste après...)



CONCLUSIONS

La prise en charge sans retard d'un choc anaphylactique conditionne la réussite de son traitement. Elle nécessite souvent le recours à un vasoconstricteur et un remplissage vasculaire.

L'adrénaline est le vasoconstricteur de référence dans ces circonstances.

Une fois la situation maîtrisée, il faut penser à faire le bilan de cet accident grave de l'anesthésie. Le dosage de l'histaminémie est nécessaire pour affirmer l'histaminolibération, celui de la tryptase sérique permet d'affirmer le caractère immunologique de la réaction en cas d'augmentation franche.

Le meilleur traitement de l'anaphylaxie repose sur sa prévention.

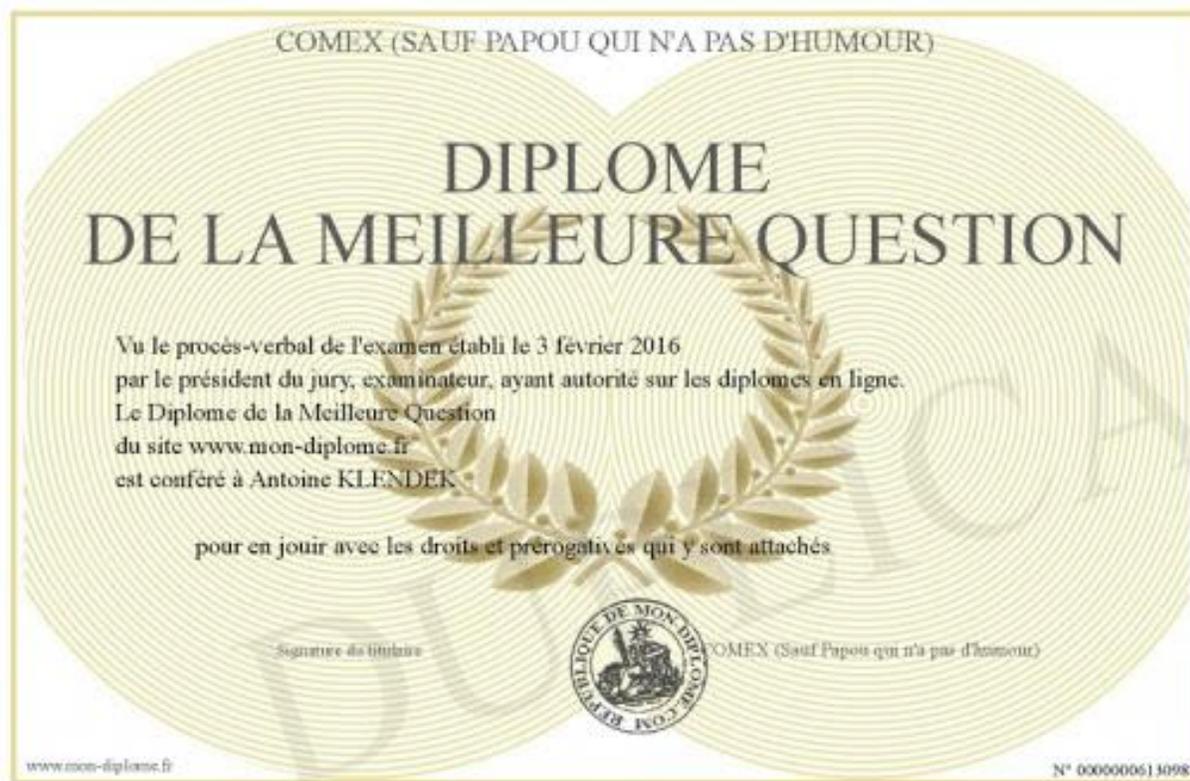
La prévention primaire consiste en la non-exposition à l'allergène quand c'est réalisable (mais impossible pour les médicaments de l'anesthésie).

En revanche la détection de l'allergène responsable de la réaction anaphylactique permet la prévention secondaire qui consiste en la non ré-exposition du patient à l'allergène responsable.

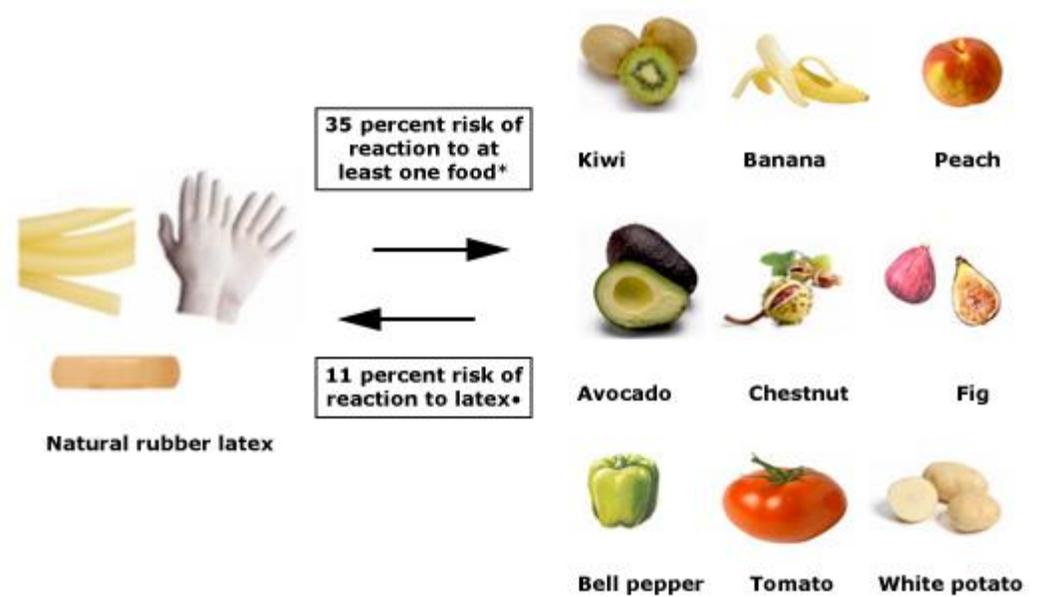
Enfin, il faut insister sur la déclaration de ce type d'accidents, ce qui est rarement fait au vu du nombre de cas recensés par les Centres de Pharmacovigilance sans oublier de bien prévenir le patient et/ou son entourage.



DES QUESTIONS



L'allergie au Latex



L'allergie au Latex

L'allergie au latex concerne 1 à 3 % de la population (et 6 à 8 % du personnel soignant ; 10 à 17 % du personnel du bloc opératoire)

Or, le latex est présent dans les gants utilisés par le personnel soignant. L'usage de ces derniers s'est accru dans les années 1980 afin de réduire le risque d'exposition professionnelle au HIV ou à l'hépatite B.



L'allergie au Latex

Le latex est une substance naturelle, extraite d'un arbre, l'*Hevea brasiliensis*, servant à la fabrication du caoutchouc. Pour le récolter sont pratiquées des incisions sur l'arbre, d'où s'écoule un liquide laiteux .

Après transformation, le latex se retrouve dans la composition de divers éléments de la vie courante (gants de cuisine, tétines, ballons de baudruche, préservatifs, bonnets de bain...) et également dans des dispositifs médicaux (DM) :

- gants chirurgicaux ;
- sets de perfusion ;
- sonde d'intubation ;
- sondes urinaires, gastriques ;
- drains chirurgicaux ;
- rubans adhésifs ;
- brassards de tensiomètre, etc.



Même si la mention *latex free* est notée de plus en plus souvent sur certains DM, la vigilance ne doit pas diminuer.

L'allergie au Latex

Première cause de choc anaphylactique en peropérateur chez l'enfant et deuxième cause chez l'adulte, le latex représente environ 10 % des réactions allergiques observées au bloc opératoire.

C'est pourquoi l'idéal comme pour les autres allergies, diagnostiquer cette allergie en phase préopératoire permettra d'optimiser la prise en charge du patient



L'allergie au Latex

Cette allergie est de plus en plus fréquente chez l'enfant et certains patients sont à risque du fait de leur antécédents médicaux et chirurgicaux. Il s'agit de patients multi-exposés : les multi-opérés, les patients atteints de *spina bifida*, de malformations urinaires complexes, les polytraumatisés, les grands brûlés .

Tout enfant ayant subi au moins **trois actes chirurgicaux** doit être considéré comme courant un risque anaphylactique.

D'où l'importance de l'interrogatoire préopératoire de l'IDE de bloc avant toutes interventions

Prise en charge d'un patient allergique au Latex

En pré-opératoire:

Le médecin anesthésiste note sur le dossier d'anesthésie "allergie au latex" et en informe le chirurgien, l'équipe d'encadrement du bloc opératoire, de l'unité de soins et de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

L'équipe d'encadrement du bloc opératoire planifie l'intervention du patient en début de programme et en informe l'ade et l'ibode de la salle d'opération afin que le matériel préparé soit sans latex (gants en néoprène, sondes urinaires et sondes d'intubation en PVC, etc.), s'assure, la veille de l'intervention, que tout le matériel en contenant est retiré de la salle d'intervention

L'ouverture des salles commencera par celle où sera opérée le patient allergique à ce produit et sera effectuée avec du matériel sans latex, afin que l'atmosphère de la salle soit dépourvue de particules de latex.

Le patient devra aussi porter pour le bloc une tenue sans latex : pas de charlotte, ni de sur-chaussures (les élastiques pouvant en contenir)

Prise en charge d'un patient allergique au Latex

En per-opératoire

La pancarte "allergie au latex" est placée sur la porte de la salle d'opération. Toutes les personnes présentes dans la salle utilisent du matériel sans latex. Une liste des DM sans latex doit être disponible dans le bloc. Seul du matériel sans latex est en contact avec le patient.

Le plateau "choc anaphylactique" est vérifié et prêt.



ATTENTION ALLERGIE AU LATEX

LATEX INTERDIT

Prise en charge d'un patient allergique au Latex

En post-opératoire

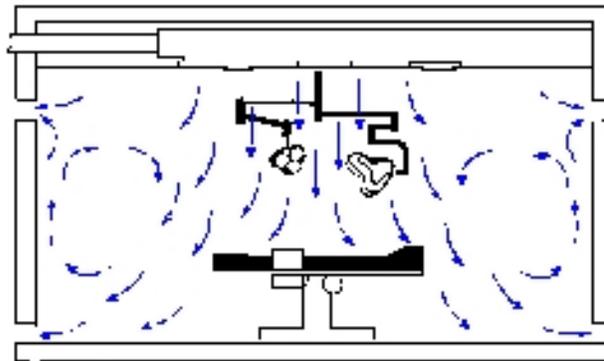
La salle de soins post-interventionnels (SSPI) doit être informée de l'arrivée d'un patient allergique au latex.

La mention "allergie au latex" est consignée sur la feuille post-opératoire.

L'unité de soins est avertie.

Prise en charge d'un patient allergique au Latex

Il arrive que l'allergie au latex soit découverte de manière fortuite au moment de l'interrogatoire d'accueil réalisé par le médecin anesthésiste, l'ade et l'ibode à l'arrivée du patient au bloc opératoire. Dans ce cas, des dispositions particulières doivent être prises immédiatement



Prise en charge d'un patient allergique au Latex

Les conditions d'environnement telles que la ventilation et la circulation de l'air jouent un rôle significatif dans le développement de l'allergie au latex.

Il faudra donc diminuer l'exposition à l'allergène

Tout le matériel contenant du latex doit être évacué de la salle d'opération où se déroulera l'intervention ;

Prise en charge d'un patient allergique au Latex

Le nettoyage de la salle d'opération est effectué ... avec des gants sans latex ;

La salle d'opération doit alors être mise au repos au minimum afin d'obtenir le renouvellement total de l'air et d'éliminer le plus possible les particules de latex présentes dans l'air (le temps de repos sera dépendant du type de ventilation de la salle)

Toute l'équipe (chirurgiens, médecin anesthésiste, infirmière, infirmier, aides-soignants) participant à cette intervention est informée ;

L'intervention du patient débute à l'issue du temps de repos nécessaire de la salle d'opération.



Prise en charge d'un patient allergique au Latex

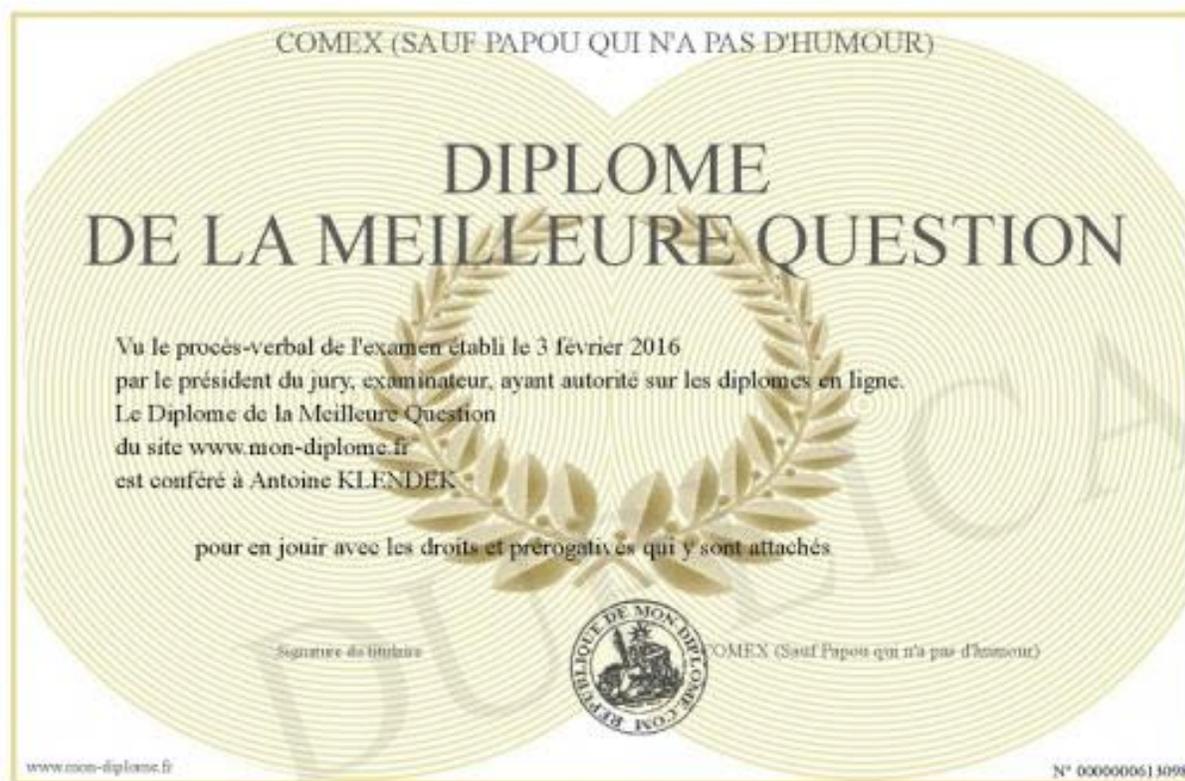
Afin de mieux prendre en charge un patient allergique au latex et d'éviter ainsi toute complication liée à une réaction anaphylactique, des mesures de précaution s'imposent.

L'objectif des soignants étant d'assurer sécurité et qualité des soins, il est de la responsabilité de chaque unité (hospitalisation, bloc opératoire, SPI, etc.) d'élaborer des protocoles d'allergie au latex et de bio-nettoyage adaptés à chacune afin de réduire la présence de particules de latex dans l'environnement du patient.

Chaque unité doit également posséder une liste de DM sans latex maintenue à jour. Cette dernière peut être en lien direct avec la pharmacie.



DES QUESTIONS





**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION ET DE VOTRE
ENGAGEMENT POUR LA QUALITE DE PRISE EN
CHARGE DES PATIENTS EN TOUTE SECURITE**





FORMATIONS EN LIGNE

pour les salariés ELSAN des HAUTS DE FRANCE

INSCRIVEZ-VOUS !

Même si vous n'avez pas formulé de vœux de formation
Cela vous permettra de :



Poser vos questions



Recevoir directement sur votre boîte mail les dates
des formations à venir sur la clinique et sur
les cliniques du Territoire



Vous préinscrivez aux sessions à venir

(inscription non définitive, soumise à l'aval de votre responsable
et en fonction des places disponibles).

Inscription sur : formation.elsanhdf.fr

