

🕒 Xème journée normande d'anesthésie-réanimation

LE PATIENT ALLERGIQUE A LA CONSULTATION ANESTHESIQUE

Jean-Marc Malinovsky
Département d'Anesthésie-Réanimation
Hôtel-Dieu, 44093, Nantes

La notion d'antécédents allergiques, de quelque nature qu'ils soient, est retrouvée chez 15 à 20 % des patients interrogés avant une anesthésie. Connaissant le risque allergique propre et le potentiel histaminolibérateur des médicaments anesthésiques et des autres agents utilisés pendant l'anesthésie, on peut se demander si un patient qui se dit allergique n'a pas plus de risque de faire une réaction « allergique » d'origine immunologique (= anaphylaxie) ou non (= histaminolibération non spécifique) pendant l'anesthésie.

En fait, l'incidence des réactions anaphylactoïdes peranesthésiques est très faible : 1 réaction anaphylactoïde pour 3.500 anesthésies (anaphylaxie + histaminolibération non spécifique), 1 réaction anaphylactique vraie pour 13.000 anesthésies. Ceci est sans commune mesure avec l'incidence élevée de l'allergie dans la population française en général, où l'atopie est présente chez 20 à 25 % des gens, l'allergie médicamenteuse chez 15 %, l'allergie alimentaire chez 10 %, la sensibilisation au latex chez 3 à 40 % suivant les catégories de patients. Le lien entre les antécédents allergiques et le risque anesthésique n'est pas évident à établir sur ces données.

Par ailleurs, chez les patients qui ont fait une réaction anaphylactoïde peranesthésique, on ne retrouve pas toujours une incidence plus élevée d'antécédents allergiques que dans la population normale, à l'exception de certains groupes de patients chez qui une stratégie de prévention doit être instituée dès la consultation d'anesthésie.

1 Quels sont les patients allergiques à risque de réaction anaphylactoïde peranesthésique ?

1.1. Patients allergiques à risque d'anaphylaxie peranesthésique :

- 1.1.1. Patient réputé allergique à un des médicaments de l'anesthésie (curares avant tout) ou produits susceptibles d'être administrés pour l'anesthésie ou l'analgésie postopératoire (antibiotique, substitut du plasma, latex, chlorhexidine, aprotinine, paracétamol.....), le diagnostic ayant été déjà établi par un bilan allergologique.
- 1.1.2. Patient ayant manifesté une réaction « *allergique* » lors d'une anesthésie antérieure (érythème, urticaire, bronchospasme, collapsus) et n'ayant pas fait l'objet d'un bilan allergologique diagnostique.
- 1.1.3. Patient présentant des signes d'intolérance au contact du latex (urticaire, œdème, rhinite, conjonctivite, asthme) ou étant allergique à certains fruits (banane, kiwi, avocat, châtaigne....)

1.1.4. Enfants multiopérés et notamment pour spina bifida, myéломéningocèle en raison de la fréquence importante de la sensibilisation au latex et de l'incidence élevée des chocs anaphylactiques au latex.

1.2. Patients allergiques ou supposés tels, dont le risque d'anaphylaxie peranesthésique n'a pas été prouvé :

- atopie (asthme, rhinite, dermatite, conjonctivite),
- allergie à un médicament et/ou un produit qui ne sera pas utilisé au cours de l'anesthésie,
- intolérance à l'aspirine et aux AINS, conservateurs (métabisulfites, parabens), antibiotiques, analgésiques....., désinfectants, colorants, produits ménagers, produits capillaires,
- allergie de type retardé (24 à 72 h) aux médicaments (antiseptiques, antibiotiques, héparine....), métaux, caoutchouc, pommades diverses,
- réaction anaphylactoïde aux produits de contraste iodés,
- mastocytose,
- œdème angioneurotique héréditaire ou acquis,
- allergie ou intolérance alimentaire à l'arachide, soja, crustacés, légumes, poissons, alcool.....

Il n'y a actuellement aucun argument scientifiquement prouvé et publié pour considérer que ces catégories de patients sont sensibilisés aux agents de l'anesthésie et pourraient faire un choc anaphylactique peranesthésique. En revanche, certaines précautions dans les gestes anesthésiques sont à prendre chez les patients ayant un asthme (risque d'aggraver l'hyperréactivité bronchique), une mastocytose et un œdème angioneurotique héréditaire.

2 Indications du bilan allergologique préanesthésique

2.1. Une consultation allergologique est à réaliser, en période préanesthésique uniquement chez les patients allergiques définis dans le paragraphe 1 : « *patients allergiques à risque d'anaphylaxie peranesthésique* » (1-1).

Les investigations allergologiques pratiquées auront pour but de vérifier si les symptômes allégués sont liés à une sensibilisation et de détecter le produit responsable afin de l'éliminer du protocole anesthésique ultérieur. L'allergologue testera les produits que le patient avait reçu, ce qui oblige l'anesthésiste à fournir le protocole de l'époque. Il s'agit d'un bilan diagnostique d'une réaction antérieure. En aucune façon, ce bilan ne doit être étendu aux anesthésiques prévus pour l'anesthésie future à la recherche d'une sensibilisation latente ignorée du sujet (= bilan prédictif). On ne connaît en effet pas la valeur prédictive positive et négative des tests cutanés et/ou biologiques dans la population générale. La pratique du bilan prédictif représente une fausse sécurité.

2.2. Il n'y a pas lieu de pratiquer un bilan allergologique préanesthésique chez les patients dont les antécédents allergiques ou supposés tels, ne constituent pas un risque d'anaphylaxie peranesthésique (paragraphe 1-2). Ce bilan correspondrait à un bilan prédictif dont la pratique est à bannir dans l'ignorance actuelle des valeurs prédictive positive et négative dans la population allergique. Tout comme une valeur faussement négative, une valeur faussement positive peut avoir des conséquences néfastes en matière d'anesthésie en induisant un changement de technique non nécessairement adapté. De ce fait, le rapport bénéfice/risque d'une telle pratique est inconnu.

3 Conduite du bilan allergologique préopératoire et choix de la technique anesthésique

31 = Chez les patients connus allergiques à un des médicaments de l'anesthésie ou produits susceptibles d'être administrés pour l'anesthésie ou l'analgésie postopératoire (paragraphe 1.1.1.), les conclusions du bilan allergologique antérieur sont à garder. S'il s'agit d'une allergie à un curare, on peut actualiser le bilan en testant les curares nouvellement commercialisés.

32 = Chez les autres patients allergiques à risque d'anaphylaxie peranesthésique (paragraphe 1.1.2.) :

En situation réglée, l'anesthésiste doit rechercher le protocole anesthésique suspect d'être à l'origine de la réaction pour le transmettre à l'allergologue qui réalisera les tests.

- Si le *protocole est inconnu*, il ne faut tester que les curares et le latex (par tests cutanés \pm IgE spécifiques) ;
- Si le *protocole est identifié*, il faut tester tous les médicaments du protocole ancien et le latex (tests cutanés \pm IgE spécifiques) ;
- S'il s'agit d'*anesthésiques locaux* : l'allergologue pratiquera un test de réintroduction en milieu hospitalier, après s'être assuré que les tests cutanés avec cet anesthésique local étaient négatifs.

Chez la femme enceinte suspecte d'intolérance aux anesthésiques locaux et candidate à une analgésie péridurale pour le travail, les anesthésiques locaux sont testés par l'allergologue en IDR. En cas de négativité, le test de réintroduction peut être pratiqué par l'anesthésiste en salle de naissance (0,5 à 1 ml de solution d'adrénaline non diluée et non adrénalinée par voie sous-cutanée). Le test est négatif si aucune réaction de type allergique n'est survenue pendant les 30 min suivant l'injection.

En situation d'urgence : le principe de précaution fait exclure le latex de l'environnement du patient, utiliser une anesthésie locorégionale ou une anesthésie générale en évitant les curares et les médicaments histaminolibérateurs.

33 = Chez les patients suspects d'être sensibilisés au latex (paragraphe 1.1.3. et 1.1.4.), l'allergologue pratiquera des prick-tests au latex \pm des IgE spécifiques du latex. Il n'y a pas de raison de rechercher une sensibilisation aux anesthésiques et aux curares.

4 Prévention et prémédication du patient allergique

41 Prévention

La seule prévention efficace de l'anaphylaxie consiste en l'identification de l'allergène responsable et en son éviction définitive afin d'éviter les accidents allergiques à répétition. En cas d'allergie aux curares et aux antibiotiques, l'éviction concernera aussi les molécules qui partagent le même épitope (= allergie croisée).

Pour détecter les patients sensibilisés aux médicaments anesthésiques et/ou les produits qui seront administrés pendant l'anesthésie, le principe de la dose-test par voie intraveineuse est à proscrire dans la mesure où une très faible dose d'allergène peut déclencher une anaphylaxie chez le sujet allergique à ce produit.

Pour les patients allergiques au latex, un environnement opératoire exempt de latex est à instituer, dans les salles d'intervention, les SSPI, les secteurs d'hospitalisation. Une check-liste de prise en charge du patient est conseillée, à commencer dès la consultation d'anesthésie. Elle suivra le patient allergique jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le principe de la check-liste peut aussi être appliquée aux patients allergiques ou intolérants aux médicaments administrés en période périopératoire (antibiotique, aspirine, AINS, antalgiques, désinfectants.....).

42 Prémédication

Il n'existe aucune médication antiallergique qui s'opposera au déclenchement d'un choc anaphylactique, que ce soit les anti-H₁ seuls ou associés aux anti-H₂ et/ou les corticoïdes. Il s'agit donc d'une fausse sécurité chez les patients allergiques à risque d'anaphylaxie peranesthésique (groupe 1-1).

En revanche, une prescription par un anti-H₁ seul ou associé à un anti-H₂ semble prévenir le bronchospasme et les variations hémodynamiques secondaires à une histaminolibération non spécifique. On pourrait ainsi la réserver aux patients atopiques et asthmatiques, à ceux qui font de l'urticaire ou érythème après absorption d'aliments ou médicaments réputés histaminolibérateurs.

Références :

1 Prévention du risque allergique peranesthésique. Recommandations pour la Pratique Clinique, SFAR-ANAES 2001.

Texte court : www.sfar.org; Textes longs : Ann Fr Anesth Réanim 2002 ;21 (suppl 1) : 1-180.

2 Réanimation des arrêts cardiocirculatoires de l'adulte. Conférence d'experts, SFAR 1995 (www.sfar.org).