

Urgences allergologiques : à propos de quelques situations particulières

Dr P. Kaeser

Allergie au venin de guêpe : quand l'adrénaline normalise l'ECG

Une patiente de 72 ans est amenée en urgence par le SMUR pour un probable infarctus antérieur avec hypotension sévère. Elle présente des douleurs thoraciques, une dyspnée sans râle de stase et l'ECG est tout à fait évocateur avec des surélévations du ST dans tout le territoire antérieur. La TA est à 60/38mmHg. Deux éléments vont toutefois retenir l'attention du responsable des urgences : la présence très inhabituelle dans le cadre d'un infarctus du myocarde d'une urticaire au niveau des grands plis et la découverte d'une rondelle d'oignon posée sur l'épaule de la patiente.

Après quelques questions ciblées, le médecin apprend que la patiente a été piquée par une guêpe quelques minutes avant le début de la douleur thoracique et que c'est pour cette raison qu'elle a eu recours à un remède de bonne-femme, l'application locale d'une rondelle d'oignon. L'administration immédiate et paradoxale d'adrénaline (0.1mg i-v. puis 0.5mg i-m.) chez cette patiente suspecte d'un infarctus du myocarde va provoquer une amélioration quasi instantanée des douleurs thoraciques, une normalisation des valeurs tensionnelles et surtout de l'ECG avec disparition des surélévations du ST!! Un dosage de la tryptase mastocytaire et des IgE spécifiques du venin de guêpe confirmeront le diagnostic par la suite avec une évolution heureusement spontanément favorable.

Ce cas offre l'occasion de rappeler que l'anaphylaxie est parfois sous-diagnostiquée et peut se révéler chez un coronaropathe uniquement

par des manifestations d'ischémie cardiaque, voire un décès brutal. Il permet aussi de préciser que le seul traitement initial efficace de l'anaphylaxie est l'adrénaline. S'il n'y a pas d'état de choc et donc probablement pas de vasoconstriction cutanée, cette substance peut être administrée par voie sous-cutanée à la dose de 0.3 mg chez l'adulte. En cas d'état de choc ou de manifestations respiratoires, il faut absolument privilégier la voie intramusculaire. En effet, dans cette situation, la voie sous-cutanée n'assure pas une résorption régulière du médicament, qui provoque en plus localement une vasoconstriction. La voie intramusculaire est beaucoup plus fiable, l'adrénaline entraînant une vasodilatation au niveau des artéioles musculaires.

Dysfonction des cordes vocales : un diagnostic difficile

Une patiente de 33 ans est hospitalisée à plusieurs reprises en deux ans pour des crises d'asthme à répétition, toujours sévères, avec des peak flow toutefois peu abaissés, une auscultation pulmonaire presque normale et pas d'hypoxémie à la gazométrie. Une dysphonie complète parfois le tableau clinique. Les traitements classiques de l'asthme se révèlent peu efficaces et il faut toujours quelques jours pour que la situation s'améliore, généralement très rapidement. Entre les crises, la patiente n'est pratiquement pas gênée par son « asthme » et un traitement de fond, comprenant même pendant une période une corticothérapie systémique, n'empêche pas les récurrences. Des fonctions pulmonaires, un scanner thoracique et un bilan allergologique, effectués entre les crises, se révèlent tous normaux. Un nouvel épisode s'avère tellement grave qu'une intubation est même

envisagée mais au moment de la sédation, la situation s'améliore de manière tellement rapide et spectaculaire que ce geste peu être évité. Une fonction pulmonaire effectuée le lendemain est clairement pathologique. En effet, la courbe débit-volume montre une inspiration forcée très pathologique avec un aplatissement tout à fait anormal. Le diagnostic de dysfonction des cordes vocales est alors évoqué et une laryngoscopie effectuée. Cette dernière met en évidence une adduction paradoxale des 2/3 antérieurs des cordes vocales à l'inspiration provoquant une dyspnée à prédominance inspiratoire. Rappelons que les cordes vocales s'ouvrent normalement pendant l'inspiration et l'expiration et se ferment lors de la phonation, de la déglutition, de la toux et du Valsalva.

La dysfonction des cordes vocales se traduit par des crises de dyspnée aiguë, inspiratoires ou mixtes, récidivantes, généralement diurnes mais parfois nocturnes, à début et à fin brutaux. Ces crises sont associées fréquemment à des épisodes de dysphonie qui peuvent persister entre les crises de dyspnée. On note parfois de la toux, une sensation de serrement dans la gorge (boule pharyngée). Les facteurs déclenchants sont inconstants : stress, activité physique, toux... Classiquement, pendant la crise, l'auscultation pulmonaire est normale de même que la gazométrie (pas d'hypoxémie) et la radiographie pulmonaire (absence d'hyperinflation). Cette affection est souvent à l'origine de traitements inappropriés, parfois agressifs, allant jusqu'à la trachéotomie. Une des difficultés est son association fréquente à l'asthme, venant aggraver ou décompenser la pathologie initiale : 40% des asthmatiques ont une dysfonction des cordes vocales et 60% des dysfonc-

tions surviennent dans un contexte d'asthme. La dysfonction des cordes vocales est probablement aussi associée dans un certain pourcentage des cas au reflux gastro-oesophagien mais cette notion est encore controversée.

Il faut penser à ce diagnostic devant un asthme atypique (absence d'expectorations et d'hyperréactivité bronchique, auscultation pulmonaire, gazométrie et radiographie du thorax normales), chez une jeune femme, ne répondant pas au traitement classique de bronchodilatateurs et de corticoïdes topiques. La laryngoscopie permet une visualisation directe des cordes vocales avec une fermeture paradoxale à l'inspiration et l'exclusion d'autres pathologies des cordes vocales ou du larynx responsables d'une même symptomatologie: œdèmes laryngés récidivants, laryngomaladies (post-intubation, polychondrite...), tumeurs pédiculées... Les fonctions pulmonaires montrent une amputation de la courbe inspiratoire avec diminution associée des débits inspiratoires.

Le traitement en aigu repose sur les sédatifs et la CPAP. Il s'agit d'une affection chronique qui nécessite une explication claire et un arrêt des traitements inutiles. La logopédie par des techniques de relaxation pharyngée et un contrôle volontaire des temps respiratoires peu amener une nette amélioration des symptômes et une meilleure gestion de la crise aiguë.

Quand le crustacé se cache derrière la pizza

Une jeune femme de 18 ans consulte en urgence en raison d'une réaction anaphylactique de stade III (urticaire et prurit, œdème de la face, dyspnée haute, dysphonie et dysphagie) selon Müller survenue dans une pizza de la place, après consommation d'une pizza margherita, garantie sans fruits de mer par le serveur. Elle se sait allergique depuis longtemps aux crustacés (crevette, lan-

gouste, homard, crabe...). Le diagnostic a été posé par un spécialiste à l'aide des tests cutanés et d'un dosage d'IgE spécifiques et la patiente est équipée d'un traitement d'adrénaline (Epipen 0.3 mg), corticoïdes (Prednisone cp 50 mg) et antihistaminiques (Semprex cp) ainsi que d'un passeport d'allergie. Elle a utilisé spontanément son traitement devant la rapidité d'installation et la gravité de la réaction (Injection d'Epipen, 2cp de Prednisone et 2cp de Semprex).

Lorsqu'elle se présente en polyclinique, elle a un peak-flow à 290 (pour une norme à 410l/min.), une TA normale. On met en évidence une urticaire disséminée, un œdème péri-oculaire et péri-buccal et surtout un stridor qui motive l'administration d'un aérosol d'adrénaline (3 mg dans 5 ml de NaCl 0.9%), d'une perfusion de Tavegyl 2 mg et d'une injection de 125 mg de Solumedrol. L'évolution respiratoire est rapidement favorable avec normalisation du peak-flow. L'urticaire disparaît en 30' mais l'œdème va persister 48-72 heures. Cette urgence motive un nouveau bilan chez le spécialiste à la recherche d'une autre allergie alimentaire chez cette jeune femme. Ce bilan confirme l'allergie aux crustacés mais n'objective aucune autre allergie alimentaire. La patiente ne présente en particulier aucune allergie aux mollusques (huître, moule, escargot, coquille Saint Jacques, calmar, poulpe...) ou aux poissons qu'elle tolère tout à fait bien.

C'est une enquête sur le lieu de la réaction allergique qui va permettre d'éclairer le problème de cette patiente. En effet, le pizzaiolo, pour confectionner les pizzas, s'entoure de toute une série de pots contenant les ingrédients nécessaires à leur réalisation, ce qui assure un rythme de travail soutenu. Il prélève ainsi l'un après l'autre ces ingrédients qu'il dépose sur la pâte étalée devant lui. Or il se trouve qu'il prend ces derniers avec les doigts et qu'il n'a pas

le temps ni même la possibilité de se laver les mains entre chaque pizza. L'hypothèse qu'il est possible de retenir dans le cas de notre patiente est donc celui d'une contamination de sa pizza margherita par des traces de crevettes que le pizzaiolo avait sur les mains après avoir confectionné juste auparavant une pizza au fruits de mer. En effet, dans cette forme d'allergie alimentaire potentiellement grave, la présence de l'aliment au niveau de traces dans la nourriture peut suffire à déclencher la réaction anaphylactique. Cinq ans de recul sans nouvelle réaction anaphylactique d'origine alimentaire chez cette patiente semblent confirmer cette hypothèse.

La pratique d'un spécialiste fourmille de cas de ce type. J'aurais pu encore parler du latex des gants utilisés pour manipuler les aliments dans les grandes chaînes alimentaires qui peut contaminer certains aliments (particulièrement la viande) et déclencher des réactions anaphylactiques récidivantes, apparemment idiopathiques chez les patients sensibilisés au latex. Il y a aussi la graine de lin qui contamine certains mélanges de protéines du lait en provenance des Etats-Unis, dont sont friands les amateurs de body-building etc, etc...

Il est donc important qu'un bilan fouillé soit effectué chez tout patient qui présente des réactions anaphylactiques itératives, même si elles semblent idiopathiques, avant de retenir définitivement ce diagnostic. Le traitement de secours doit comprendre de l'Epipen, un corticoïde à dose suffisante (100 mg de prednisone chez un adulte) et un antihistaminique d'action rapide (Semprex ou Zyrtec par exemple à raison de 2cp) et le patient doit être équipé d'un passeport d'allergie.