



Les réactions allergiques au cabinet êtes-vous prêts ?

Nathalie J. Morin

M^{me} Pruneau, 21 ans, se présente au service de consultation sans rendez-vous pour les symptômes suivants : elle a la langue qui pique et les lèvres gonflées. Elle s'inquiète beaucoup, car elle craint que cette réaction ne s'aggrave comme cela s'est produit pour sa sœur de 18 ans, hospitalisée d'urgence récemment pour une réaction allergique grave. Elle se demande si elle devrait aussi avoir un auto-injecteur d'épinéphrine.

Quels gestes devez-vous poser dans l'immédiat et quelles recommandations allez-vous lui faire ?

LES RÉACTIONS ALLERGIQUES sont souvent variables selon les personnes, le type de réaction et le degré d'exposition à l'agent responsable. Il n'est pas toujours évident de trouver une cause précise, de prescrire le traitement approprié et de savoir comment intervenir pour éviter les récurrences. Une bonne anamnèse et un examen physique minutieux vont vous permettre de repérer les réactions plus sérieuses nécessitant une intervention immédiate.

L'anaphylaxie est une réaction allergique multisystémique grave et potentiellement mortelle. Bien qu'elle soit peu fréquente (risque à vie de 1 % à 3 % par personne)¹, le médecin doit être prêt à cette éventualité.

Docteur, j'ai les lèvres qui piquent et enflent, vais-je étouffer ?

M^{me} Pruneau vous raconte qu'elle a mangé une salade de fruits comme dessert au restaurant ce midi et qu'elle a commencé à ressentir des « picotements » sur ses lèvres. En outre, elle a senti sa langue épaissir à peine quelques minutes après avoir commencé à manger. Vous l'examinez attentivement, mais ne constatez rien de particulier à l'examen physique. Elle insiste pourtant sur ses symptômes et vous dit que « ce n'est toujours bien pas dans sa

La D^{re} Nathalie J. Morin, omnipraticienne, exerce en cabinet à la Clinique médicale Pierre-Bertrand. Elle pratique également à l'urgence du Centre hospitalier affilié de l'Hôpital du Saint-Sacrement, à Québec.

Tableau 1

Aliments le plus fréquemment associés au pollen de bouleau, d'herbe à poux, de graminées et d'armoise¹

Type de pollen	Aliments pouvant déclencher une réaction allergique
Bouleau	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Fruits à noyau ou à pépins : prune, pruneau, nectarine, abricot, cerise, kiwi, pomme, poire, tomate ☉ Légumes, épices et fines herbes : céleri, carotte, panais, fenouil, pomme de terre, poivron vert, pois, haricot, persil, aneth, cumin, coriandre, carvi ☉ Noix et graines : noisette, noix de Grenoble, amande, arachide (plus rarement), graine de tournesol
Herbe à poux	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Fruits : banane, melon d'eau, cantaloup, melon miel ☉ Légumes : courgette, concombre
Graminées	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Fruits : melon, melon d'eau, cerise, tomate, orange, kiwi ☉ Légumes : pomme de terre
Armoise	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Fruits : pomme, melon d'eau, melon ☉ Légumes : céleri, carotte

tête » ! Elle est en bonne santé et ne prend pas de médicaments de façon régulière, sauf contre la rhinite allergique saisonnière pour laquelle elle utilise un antihistaminique afin d'atténuer ses symptômes de rhinorrhée et de démangeaisons oculaires. Elle a fait de l'asthme en bas âge, mais n'utilise plus de pompes depuis plusieurs années. Elle n'a pas d'allergie connue à un médicament.

Il est primordial de s'informer des antécédents de

Tableau II**Médicaments les plus prescrits contre les réactions allergiques***

Médicaments	Posologie	Caractéristiques	Prix†
Antihistaminiques sédatifs			
⊕ Diphenhydramine (Benadryl)	25 mg – 50 mg par voie orale toutes les 6 h à 8 h Maximum de 4 doses/24 h	Effets anticholinergiques marqués	9,78 \$
⊕ Hydroxyzine (générique)	10 mg – 100 mg par voie orale toutes les 6 h à 8 h	Anxiolytique	7,00 \$ (10 mg)
⊕ Cétirizine (Reactine)	5 mg – 10 mg par voie orale, 1 f.p.j. Maximum de 20 mg/jour	Une seule prise par jour Non couverte par la RAMQ (sauf 20 mg)	6,26 \$
Antihistaminiques non sédatifs (non couverts par la RAMQ)			
⊕ Desloratadine (Aerius)	5 mg par voie orale, 1 f.p.j.	Une seule prise par jour	8,05 \$
⊕ Fexofénadine (Allegra)	60 mg par voie orale, 2 f.p.j. ou 120 mg par voie orale, 1 f.p.j.	Une ou deux prises par jour	9,32 \$ (2 prises par jour)
⊕ Loratadine (Claritin)	10 mg par voie orale, 1 f.p.j.	Une seule prise par jour	7,42 \$
Corticostéroïdes			
⊕ Prednisone	De 5 mg à 60 mg par voie orale, 1 f.p.j.	Durée de traitement brève, selon la gravité de la réaction	6,93 \$
Auto-injecteurs d'épinéphrine			
⊕ EpiPen	0,3 mg, i.m. (> 30 kg) en cas de réaction allergique grave	Médicament d'urgence	96,99 \$ pour un stylo
⊕ Twinject	0,3 mg, i.m. (> 30 kg) en cas de réaction allergique grave	Médicament d'urgence, 2 ^e dose disponible	95,64 \$ pour un stylo

* Doses pour adulte. Plusieurs préparations (élixirs, sirops, comprimés à croquer, caplets) sont disponibles pour les enfants selon l'âge ou le poids. Consulter le CPS pour le détail.
† Prix approximatifs pour la préparation par voie orale au 10 décembre 2007 pour une semaine de traitement.

réactions allergiques du patient, car le tableau clinique de M^{me} Pruneau se rencontre presque uniquement chez les patients atteints de rhinite allergique saisonnière. En effet, le syndrome d'allergie orale est une réaction allergique croisée entre les protéines de certains fruits, légumes ou noix et les pollens² (tableau I). De 50 % à 70 % des adultes souffrant d'allergies au pollen sont touchés par le syndrome d'allergie orale³. Selon les allergologues, ce syndrome survient de plus en plus tôt dans l'enfance³. Les symptômes types sont des déman-

geaisons et des brûlures aux lèvres, à la bouche et à la gorge, parfois accompagnées d'écoulements et de démangeaisons oculaires, de rhinorrhées et d'éternuements. Ils peuvent être plus marqués pendant la saison où le pollen en cause est présent. Seule l'ingestion d'aliments crus est associée à une telle réaction, car la cuisson détruit les protéines allergènes. Les symptômes sont passagers et peuvent persister de quelques secondes à plusieurs minutes, en fonction de la quantité d'aliments crus ingérés. Ils se produisent habituelle-

Le syndrome d'allergie orale conduit rarement à des réactions généralisées. Le retrait des aliments concernés suffit généralement pour éviter une récurrence.

Repère

ment dans les minutes qui suivent la consommation de l'aliment.

L'examen physique n'est souvent pas très révélateur, mais le médecin doit porter une attention particulière à l'œdème de la sphère ORL, soit des lèvres, de la luette et de la langue. Bien que très rares, des réactions comme de l'urticaire généralisée, des vomissements, de la diarrhée, un bronchospasme et un choc anaphylactique peuvent survenir, surtout si le patient persiste à consommer l'aliment en question.

Le diagnostic repose sur les antécédents et peut être complété par des tests de cutiréaction (mieux connus sous le nom de *prick tests*) qui seront positifs pour les pollens en lien avec les aliments en cause chez les patients atteints de rhinite allergique saisonnière. Les tests aux aliments sont cependant peu fréquents dans la pratique en cas de syndrome d'allergie orale, car le patient connaît souvent l'aliment responsable et le lien avec les cutiréactions permet de confirmer le diagnostic. Le traitement de base consiste à éviter la consommation des produits provoquant le syndrome. Un antihistaminique (*tableau II*) peut être prescrit si les symptômes sont persistants et inconfortables.

Le syndrome d'allergie orale conduit rarement à des réactions généralisées. Le retrait des aliments concernés suffit généralement pour éviter une récurrence. Il est primordial de rassurer le patient sur le caractère bénin de son état s'il respecte les symptômes initiaux.

Docteur, j'ai des plaques partout. Je n'en peux plus, faites quelque chose !

Vous revoyez M^{me} Pruneau deux mois plus tard pour des plaques disséminées au niveau du tronc et des membres, qui ont commencé à apparaître la veille. Votre patiente n'a pas réussi à dormir de la nuit, car elle ne cesse de se gratter, ce qui semble empirer son problème. C'est la première fois qu'elle présente de tels symptômes, et elle se demande bien quelle en est la cause. Elle n'a pas de « picotements » ni de gonflement des lèvres ni de difficulté à respirer. Vous l'examinez et constatez rapidement qu'il s'agit d'une réaction d'urticaire aiguë : des papules surélevées érythémateuses à centre clair et à contours nets tout à fait typiques. Par ailleurs, la patiente ne souffre pas d'œdème de Quincke (angioedema).

L'œdème de Quincke est caractérisé par des lésions d'urticaire se formant dans les couches plus profondes de la peau (derme profond ou couches sous-cutanées

Tableau III

Causes les plus fréquentes de réactions d'urticaire ou d'œdème de Quincke

- ⊕ Médicaments, y compris les produits en vente libre et les produits dits « naturels » (Ex. : antibiotiques, anti-inflammatoires, échinacée)
- ⊕ Aliments et additifs alimentaires (Ex. : poissons, fruits de mer, sulfites)
- ⊕ Piqûres d'insecte
- ⊕ Produits topiques : crème, savon, produits cosmétiques, colorant capillaire, etc.
- ⊕ Inhalation ou consommation d'antigènes ou contact avec des antigènes (Ex. : squames de chat, pollens)
- ⊕ Réactions transfusionnelles
- ⊕ Infections bactériennes, fongiques, virales ou helminthiques
- ⊕ Stimulus physiques (Ex. : pression, froid, dermographisme, etc.)
- ⊕ Maladies multisystémiques (lupus érythémateux disséminé, maladie sérique, collagénoses, etc.)
- ⊕ Autres : œdème de Quincke héréditaire, déficit en C₁-INH, déficit en C_{3b}, urticaire pigmentaire, stress émotionnel, urticaire chronique idiopathique

et sous-muqueuses), plus communément dans les régions du cou et de la tête. Il se manifeste cliniquement par un gonflement visible des tissus mous des voies respiratoires, tels que la luette, le pharynx et les lèvres, ce qui peut nuire à la respiration. On ne peut le manquer, car il est visible et inconfortable pour le patient de façon marquée. Environ la moitié des patients qui subissent une réaction d'urticaire présentent également un œdème de Quincke. Chez ces derniers, le tableau est en général plus grave et prolongé et la réponse aux médicaments est moins bonne que chez les patients souffrant seulement d'urticaire⁴.

L'anamnèse d'un patient atteint d'urticaire aiguë n'est pas toujours simple étant donné la multitude de causes possibles. Le délai après l'ingestion, la fréquence des crises antérieures, leur durée et leur type (urticaire seule, œdème de Quincke ou les deux) doivent être établis ainsi que la cause, si elle a pu être déterminée. L'urticaire est aiguë si elle dure moins de six semaines et chronique si elle persiste plus longtemps. La cause est différente dans les deux cas et peut être établie seulement chez de 5 % à 20 % des patients⁵. Une consultation en immunoallergie ou en

Réaction anaphylactique

Nom du patient : _____

Date/heure : _____

- Évaluer rapidement l'ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) et l'état de conscience
- Administrer l'épinéphrine par voie intramusculaire à raison de 0,01 mg/kg (maximum de 0,5 mg ou de 0,5 ml par dose), 1:1000 dans le muscle de la cuisse, répétable toutes les 5 à 15 min selon les symptômes et la pression artérielle
- Demander un transport ambulancier immédiat vers l'urgence
- Placer le patient en décubitus dorsal, les jambes surélevées
- Maintenir la perméabilité des voies respiratoires et donner de l'oxygène (si disponible)
- Établir une voie intraveineuse : NaCl à 0,9 % à raison de 1 l à 2 l en bolus rapide
- Benadryl, 50 mg par voie intraveineuse (lentement), intramusculaire ou orale
- Ventolin en nébulisation en cas de bronchospasme résistant à l'épinéphrine
- Surveiller la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la fréquence respiratoire et la saturométrie ; réévaluer fréquemment pour déterminer le médicament à administrer

Heure	FC*	PA†	FR‡/Sat	Médicament/intervention

Heure du départ vers l'hôpital _____ État du patient _____

Signature du médecin _____ Signature de l'infirmière _____

* FC : fréquence cardiaque ; † PA : pression artérielle ; ‡ FR : fréquence respiratoire

dermatologie peut être envisagée afin de connaître l'origine de la réaction et de faire un suivi approprié chez ce groupe de patients.

L'urticaire aiguë est plus fréquente chez les jeunes adultes et les enfants et est le plus souvent due à une allergie à un médicament, à la nourriture ou encore à une piqûre d'insecte (*tableau III*)⁶. Le délai entre l'exposition à l'allergène et l'apparition des symptômes est utile

au médecin pour poser le diagnostic. C'est un problème courant puisque jusqu'à 20 % de la population peut être touchée au cours d'une vie. On ne trouve pas de cause précise dans la moitié des cas.

Le traitement non pharmacologique consiste à retirer l'allergène (médicament ou nourriture) lorsque ce dernier est connu. Un traitement local par des bains d'Aveeno peut être utile pour le confort des patients. Un

antihistaminique par voie orale à faible dose demeure le traitement pharmacologique de choix (*tableau III*), avec un sevrage lent à la suite de la résolution des symptômes. Un agent non sédatif est préférable à un antihistaminique de première génération qui occasionne fréquemment de la sédation et des effets anticholinergiques. Exceptionnellement, pour les cas extrêmement graves, un court traitement de prednisone peut être envisagé en association avec un antihistaminique.

Toutes les crises d'urticaire aiguë ne sont pas bénignes. Il faut donc être à l'affût de l'œdème de Quincke des voies respiratoires, qui peut être présent dans les cas d'urticaire, qui évolue rapidement dans un contexte de réaction anaphylactique. Un traitement immédiat doit alors être instauré (*boîte à outils*), et le patient doit être dirigé immédiatement vers une salle d'urgence afin de compléter la prise en charge du problème.

Après avoir bien questionné M^{me} Pruneau, vous estimez qu'il est probable que son urticaire aiguë soit attribuable au traitement d'amoxicilline qu'elle a entrepris il y a trois jours pour soigner une sinusite aiguë. Puisque vous ne trouvez pas d'autres causes, vous lui recommandez d'éviter ce médicament ainsi que ceux de la classe des pénicillines et de se rendre immédiatement à l'urgence si jamais elle présentait une réaction plus importante.

De façon générale, les réactions d'urticaire aiguë ne nécessitent pas de consultation en spécialité puisqu'elles se résorbent en moins de six semaines.

Docteur, ma femme étouffe !

M. Pépin, le mari de M^{me} Pruneau, arrive tout essoufflé devant votre réceptionniste en mentionnant que sa femme « étouffe » et qu'elle est couchée sur le sol dans l'entrée de la clinique. Ils venaient de sortir d'un restaurant à proximité lorsqu'elle a commencé à vomir et à avoir de la difficulté à respirer.

Heureusement, vous venez tout juste de réviser la trousse de médicaments d'urgence de la clinique et vous savez que vous possédez ce qu'il faut à portée de la main. Vraiment ?

Il est possible d'entreprendre un traitement utile en clinique médicale. Un protocole préétabli ainsi

Tableau IV

Signes d'une réaction anaphylactique

- ⊕ Survenue rapide d'une réaction urticarienne ou d'un œdème de Quincke et d'au moins un des signes suivants :
 - ⊕ détresse respiratoire ;
 - ⊕ hypotension ; ou
 - ⊕ collapsus cardiovasculaire.
- ⊕ Présence de deux des signes suivants ou plus après l'exposition à un allergène probable :
 - ⊕ atteinte de la peau ou des muqueuses ;
 - ⊕ détresse respiratoire ;
 - ⊕ hypotension ; ou
 - ⊕ symptômes gastro-intestinaux persistants.
- ⊕ Hypotension après une exposition à un allergène connu pour le patient :
 - ⊕ pression artérielle basse pour l'âge ; ou
 - ⊕ baisse de la pression artérielle systolique de 30 % comparativement à la valeur de base.

qu'une trousse contenant les médicaments essentiels vous y aideront.

L'anamnèse est en général difficile étant donné l'état du patient et la panique fréquente de l'accompagnateur. Les choses importantes à savoir sont : les allergies connues et les médicaments employés, dont les bêta-bloquants. Les causes de la réaction anaphylactique sont multiples et semblables à celles de l'urticaire aiguë.

Les signes et symptômes de l'anaphylaxie sont variables, mais les plus fréquents sont l'urticaire ou l'œdème de Quincke. Si l'un des trois critères du *tableau IV* est présent et que la réaction survient en quelques minutes (en général en deux heures et moins), le patient présente une réaction anaphylactique⁷.

Les étapes à suivre dans le traitement de l'anaphylaxie au cabinet doivent être exécutées de façon quasi simultanée (*boîte à outils*). L'injection d'épinéphrine en intramusculaire demeure l'intervention prioritaire, car mieux vaut trop tôt que trop tard. Si le patient prend des bêta-bloquants, il peut être nécessaire de lui administrer du glucagon pour compléter le traitement.

Il faut se rappeler que la réaction anaphylactique

De façon générale, les réactions d'urticaire aiguë ne nécessitent pas de consultation en spécialité puisqu'elles se résorbent en moins de six semaines.

Repère

peut être biphasique dans de 1 % à 20 % des cas. Les signes et symptômes durant la deuxième phase peuvent être équivalents à ceux de la réaction initiale, voire plus graves, et peuvent survenir de 1 à 72 heures (la plupart du temps en moins de huit heures) après une rémission apparente⁷. Il est donc important de diriger le patient le plus rapidement possible vers une salle d'urgence, même si son état s'améliore à la suite de l'administration du médicament à la clinique.

Vous avez injecté une dose de 0,5 mg d'épinéphrine et de 50 mg de Benadryl par voie intramusculaire à M^{me} Pruneau. Ces produits se trouvaient dans votre trousse. Personne n'a encore retrouvé les poches de soluté de NaCl à 0,9 % en réserve au cas où une situation semblable se produirait, et la petite bonbonne d'oxygène qui se trouvait dans le placard du fond est vide. M^{me} Pruneau ouvre les yeux et semble vous reconnaître et respirer un peu mieux. À votre grand soulagement, vous voyez l'équipe d'ambulanciers qui arrive avec un équipement plus adéquat pour prendre la relève et transporter la patiente à l'urgence.

Vous savez que son état y sera stabilisé et qu'elle sera gardée en observation de huit à douze heures. De plus, elle quittera l'urgence avec une ordonnance d'auto-injecteur d'épinéphrine ainsi qu'avec une demande de consultation pour voir un immunoallergologue en externe.

De votre côté, vous avez eu chaud. Vous vous assurerez dorénavant que tout votre matériel est à la portée de la main et dans un endroit bien connu de tout votre personnel au cas où une situation semblable se reproduirait. ☘

Date de réception : 15 décembre 2007

Date d'acceptation : 30 janvier 2008

Mots clés : syndrome d'allergie orale, urticaire, anaphylaxie

La D^{re} Nathalie J. Morin n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Oswalt ML, Kemp SF. Anaphylaxis: Office management and prevention. *Immunol Allergy Clin North Am* 2007; (27): 177-91.
2. Agence canadienne d'inspection des aliments. Syndrome d'allergie

Summary

Allergic reactions in your office: are you ready? Allergic reactions will often occur in the context of your office practice. Their form will vary from a simple and common attack to a potentially dramatic fatal reaction. Are you able to distinguish one from the other? Oral allergy syndrome is typical of patients suffering from seasonal allergic rhinitis. Itching and burning lips are caused by a cross-reaction between some food and pollens. The best choice in treating it is to avoid the problem food.

Acute urticaria, consisting of pruriginous plaques, is another allergic indication. Accompanied or not by lip edema (angioedema), the attack is mostly cutaneous and is easily treated with antihistamines though the etiologic agent cannot often be found.

On the dramatic side of the allergic reactions spectrum is the anaphylactic shock, possibly fatal if not detected and treated rapidly with epinephrine. The patient must also be sent by ambulance to the nearest hospital emergency. The key to helping you face severe allergic reactions in your office consists in a good planning of emergency material and keeping the required protocol at hand.

Keywords: oral allergy syndrome, urticaria, anaphylaxis

orale. Site Internet : www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/tipcon/oralf.shtml (Date de consultation : le 22 novembre 2007).

3. Sampson HA. Adverse Reactions to Foods. Dans : Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW et coll., rédacteurs. *Middleton's Allergy Principles and Practice*. 6^e éd. Philadelphie : Mosby Publishing; 2003. pp. 1619-43.
4. Dibern DA Jr, Dreskin SC. Urticaria and angioedema: an overview. *Immunol Allergy Clin North Am* 2004; (24): 141-62.
5. Ferri FF. Urticaria. Dans : Ferri FF, rédacteur. *Ferri's clinical advisor 2008: Instant diagnosis and treatment*. 10^e éd. Philadelphie : Mosby Publishing; 2008. p. 951-2.
6. Kaplan AP. Urticaria and angioedema. Dans : Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW et coll., rédacteurs. *Middleton's Allergy Principles and Practice*. 6^e éd. Philadelphie : Mosby Publishing; 2003. pp. 1537-9.
7. Agence de la santé publique du Canada. Anaphylaxie : traitement initial en milieu non hospitalier. Dans : *Guide canadien d'immunisation 2006*. 7^e éd. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux; 2006. pp. 87-92.

L'auteure tient à remercier le D^r Rémi Gagnon, allergologue-immunologue au CHUL-CME à Québec, pour la révision du texte, ainsi que M^{me} Nathalie Godbout, pharmacienne, pour sa contribution à l'élaboration du **tableau II**.

L'injection d'épinéphrine en intramusculaire demeure l'intervention prioritaire, car mieux vaut trop tôt que trop tard. La réaction anaphylactique peut être biphasique dans de 1 % à 20 % des cas. La deuxième phase peut survenir de 1 à 72 heures après la première.

Repère