

Piqûres d'Hyménoptères

Dr B. Tabuteau, Dr S. Ferracci



1

Le degré d'urgence

Le plus souvent bénignes, les piqûres d'hyménoptères peuvent être à l'origine de réactions allergiques ou toxiques graves nécessitant un traitement d'urgence relayé par un transport médicalisé.



2

Les messages

- Le choc anaphylactique après piqûre est rare mais peut tuer en quelques minutes.
- Les piqûres oropharyngées peuvent être à l'origine d'une détresse ventilatoire par obstruction œdémateuse.
- L'envenimation par piqûres multiples (> 50) nécessite une hospitalisation en réanimation.
- Le pronostic dépend de l'intensité des troubles mais surtout de la précocité du traitement.



3

Les médicaments, le matériel

- Antihistaminiques : **Polaramine** (amp inj IV, IM, SC à 5 mg), **Zyrtec** (cp à 10 mg).
- Antalgique : **Dafalgan** (gél, cp, sachets à 500 mg ; cp à 1 000 mg).
- Corticoïde : **Solu-Médrol** (flacon inj IV, IM à 20 mg, 40 mg ou 120 mg).
- Vasoconstricteur : **Adrénaline** (amp inj IV, IM, SC à 0,25, 0,5 ou 1 mg).
- Kits d'adrénaline auto-injectable : **Anahelp** (seringue de 4 doses de 0,25 mg), **Anakit** (seringue de 3 doses de 0,30 mg), **Anapen** (stylos d'auto-injection de 0,30 mg ou 0,15 mg).
- Vagolytique : **Atropine** (amp inj IV, IM, SC à 0,25, 0,5 ou 1 mg).
- Bronchodilatateur : **Bricanyl** (flacon aérosol, sol pour nébulisation en unidoses de 5 mg, amp inj SC, IV à 0,5 mg) ou **Ventoline** (aérosol doseur, sol pour nébulisation en unidoses de 1,25, 2,5 ou 5 mg ; amp inj SC à 0,5 mg).
- Antidote des bêtabloquants : **Glucagen** (amp inj 1 mg).
- Matériel de réanimation cardiorespiratoire.



4

La confirmation clinique du diagnostic

- Une réaction inflammatoire locale banale apparaît immédiatement après la piqûre.
- Un dard peut être visible au centre de la lésion.
- La réaction allergique peut apparaître très rapidement après la piqûre. Elle associe à des degrés variables : des signes cutanéomuqueux (lésions prurigineuses, œdème de Quincke), une atteinte hémodynamique (hypotension, état de choc), des signes respiratoires (bronchoconstriction, détresse respiratoire), digestifs (nausées, douleurs abdominales) voire neurologiques (troubles de la conscience, convulsions)...
- L'envenimation grave ne se révèle souvent que plusieurs heures plus tard (troubles du rythme cardiaque, de la coagulation, atteintes hépatique, rénale, pancréatique...).



5

Le protocole de traitement

À domicile

- Devant une piqûre banale, le médecin généraliste doit enlever un aiguillon resté dans la plaie, sans exercer de pression sur celui-ci, avant de désinfecter la plaie et de calmer la douleur par un pansement humide. Un traitement antihistaminique per os (1 cp/j de **Zyrtec**), voire antalgique (1 g de **Dafalgan**) peut compléter la prise en charge.
- Un malaise vagal intense peut être traité par l'injection SC ou IV d'**Atropine** (0,75 à 1 mg).
- Le traitement d'une urticaire utilise l'injection IM ou IV de **Polaramine** en première intention (1 amp, renouvelable) associée, selon l'importance des lésions prurigineuses, à des corticoïdes (1 mg/kg de **Solu-Médrol** IM ou IV) ; on y associe un traitement relais per os (1 cp/j de **Zyrtec**) pendant 5 jours environ.
- En cas de signes d'atteinte hémodynamique (hypotension), de risque respiratoire (œdème de Quincke, piqûre oropharyngée, crise d'asthme sévère) ou d'un nombre important de piqûres, on doit alerter le SAMU et commencer la mise en route du traitement d'urgence suivant :
 - la prédominance de signes hémodynamiques impose d'allonger le patient à plat, voire de surélever ses jambes,
 - le traitement de référence du choc anaphylactique est l'**Adrénaline**. Elle est administrée par voie IM à la dose de 0,5 mg (0,01 mg/kg chez l'enfant), à répéter après 5 minutes si la pression artérielle ne se normalise pas,
 - une oxygénothérapie à fort débit (10-15 l/mn), au mieux par masque dit « à haute concentration », doit être mise en œuvre le plus tôt possible,
 - l'atteinte respiratoire doit faire installer le patient en position demi-assise ; un abord veineux permet la mise en place d'une perfusion « d'attente » ; le traitement de la défaillance est essentiellement symptomatique : bronchodilatateurs (2 à 4 bouffées de **Bricanyl** ou de **Ventoline** en spray, séparées de 20 à 30 secondes), antiœdémateux (1 mg/kg de **Solu-Médrol** en IVD ou à défaut en IM), oxygène...

En SMUR puis à l'hôpital

Dans les cas graves :

- Un remplissage vasculaire par cristalloïdes (500 ml de **Ringer Lactate** ou sérum salé isotonique en 20 mn) est commencé dès que possible en cas d'hypotension.
- L'**Adrénaline** est injectée IVD par bolus titrés de 0,1 mg (1 mg dilué dans 10 ml, injections ml par ml), sous monitoring continu des fonctions vitales.
- Un relais par perfusion continue d'**Adrénaline** à la seringue électrique peut être nécessaire, en augmentant le débit progressivement jusqu'au maintien d'une pression artérielle systolique ≥ 100 mmHg (0,1 à 0,5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{mn}$ soit 0,5 à 2,5 mg/h chez un adulte moyen).
- L'injection de corticoïdes complète le traitement (1 mg/kg de **Solu-Médrol** IV).
- L'œdème de Quincke peut nécessiter, en association à la voie IV, l'administration d'**Adrénaline** par nébulisation (3 à 5 mg).
- Le bronchospasme sans collapsus associé est traité par **Bricanyl** en nébulisation (1 unidose chez l'adulte), voire perfusion continue (0,5 à 1 mg/h) ou **Ventoline** en nébulisation (1 à 2 unidoses à 5 mg chez l'adulte).
- L'intubation orotrachéale, sous couvert d'une induction à séquence rapide et d'une ventilation contrôlée, peut être indiquée devant : une menace d'obstruction pharyngo-laryngée, un bronchospasme sévère résistant à la thérapeutique, un état de choc persistant, un score de Glasgow ≤ 8 .

Pour information

En cas de choc réfractaire à l'**Adrénaline** et au remplissage chez un patient sous traitement bêtabloquant, il faut utiliser le **Glucagon** : 1 à 2 mg IVD à renouveler si nécessaire toutes les 5 minutes.



6

Les premiers examens paracliniques

- Le traitement doit être mis en route avant tout examen paraclinique.
- Un monitoring des paramètres vitaux (PA, SpO₂, scope...) est nécessaire pendant le transport médicalisé.
- À l'hôpital, les examens seront prescrits en fonction des signes présentés et de la gravité de l'envenimation : ECG, gaz du sang, bilan hépatique, rénal, pancréatique, hématologique...
- Un bilan allergologique précisera plus tard la nécessité d'une désensibilisation spécifique.



7

Les trucs du métier, les pièges qu'il faut éviter

Les trucs

- La prévention des accidents graves chez le sujet allergique nécessite la prescription de kits auto-injectables d'adrénaline (**Anahelp**, **Anakit** ou **Anapen**), après avoir informé les patients et leur entourage de leur utilisation et vérifié qu'ils ont bien compris les indications et conditions d'emploi de ces dispositifs.
- En cas de piquûre oropharyngée, on peut tenter de retarder l'apparition de l'œdème en faisant sucer des glaçons.
- Des doses importantes de corticoïdes sont d'emblée nécessaires en cas de menace d'obstruction laryngée : 120 mg **Solu-Médrol** IV.
- En cas d'œdème pharyngo-laryngé, l'intubation peut être facilitée par la pulvérisation locale de **Xylocaïne** et/ou l'emploi d'une sonde de petit calibre.
- L'utilisation de la **Kétamine** comme agent hypnotique pour l'intubation à séquence rapide est intéressante en cas d'instabilité hémodynamique (1 mg/kg) ou de bronchospasme sévère (3 mg/kg).
- La difficulté de trouver une voie veineuse ne doit pas retarder le traitement : utiliser l'**Adrénaline** par voie IM, plus rapide et plus efficace que la voie SC et les corticoïdes par voie IM.

Les pièges

- Le remplissage vasculaire doit éviter les colloïdes pour écarter un risque d'allergie supplémentaire ; si besoin, il faut préférer les hydroxy-éthyl-amidons (HEA type **Voluven**).
- Les bêta-mimétiques injectables ne doivent pas être employés pour les aérosols : utiliser les solutions pour nébulisation.
- Les patients sous bêtabloquants peuvent avoir une réaction anaphylactique plus sévère et/ou moins sensible au traitement (cf. paragraphe « Pour information ») ; il est conseillé d'éviter ce type de médicament en cas de terrain allergique connu.



8

Les correspondances thérapeutiques

- 20 mg de **Solu-Médrol** correspondent à 4 mg de **Célestène** ou à 100 mg d'**Hydrocortisone**.
- Le **Zyrtec** peut être remplacé par la **Clarityne**, le **Virlix**, le **Telfast**, l'**Hismanal**, l'**Aérius**, le **Xyzall**, le **Mizollen**, ou le **Kestin**.
- **Bricanyl** et **Ventoline** peuvent être remplacés par les formes équivalentes de **Salbumol**, **Berotec**, **Spréor**...