

Référence : UF2300/40.a	Titre : Angioedème bradykinique (ou œdème angioneurotique) aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/4 Date d'émission : 19/09/2022 Date dernière révision :
Rédaction : Nom : Dr FREMERY Alexis Fonction : PHC	Vérification : Nom : Dr DESCHAMPS Camille Fonction : PHC	Vérification : Nom : Dr MUTRICY Remi Fonction : PH
Approbation : Nom : Pr PUJO Jean Marc Fonction : PUPH	Approbation : Nom : Fonction :	Approbation : Nom : Fonction :
Ont collaboré à la rédaction :		Visa qualité :
Services concernés par application : Service d'accueil des urgences, SAMU, SMUR		
Attention, seule la version numérique de ce document fait foi		



I- OBJET

Description de la prise en charge de l'angioedème bradykinique de l'adulte

II- PERSONNES CONCERNÉES

L'ensemble du personnel soignant des urgences et du SAMU-SMUR 973

III- TEXTE DE REFERENCE

1. *Immunopathologie, Collège des enseignants d'immunologie, 2015, Chap.1 p13*
2. *Bouillet L, Boccon Gibod I, Angioedème Bradykinique. Encyclopédie Orphanet. Février 2021*
3. *Floccard B. Prise en charge en urgence des angioedèmes à bradykinine. Centre de référence des angioedèmes à kinines, Hôpital Edouard Herriot, Lyon*
4. *Javaud N, Adnet F, Fain O, Angioedème bradykinique et médecine d'urgence. Réanimation (2016) 25 :400-407*
5. *PM Mertes, Prise en charge de l'œdème angioneurotique. Conférence d'Actualisation, 2016 SFAR*
6. *B Mion, Oedèmes angioneurotiques. Urgences online. Mars 2015*
7. *Rapport d'évaluation des médicaments indiqués dans l'angioedème héréditaire. HAS. Commission de la transparence, 25 juillet 2018*



Référence : UF2300/40.a	Titre : Angioedème bradykinique (ou œdème angioneurotique) aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :	Page :2/4
	Service d'Accueil des Urgences	Date d'émission : 19/09/2022 Date dernière révision :

IV- DEFINITIONS

Certains angioœdèmes non allergiques sont liés à l'accumulation de bradykinine dans les tissus, soit par synthèse excessive soit par réduction du catabolisme.

Il peut être héréditaire (maladie orpheline 1/ 10 à 50 000) par déficit quantitatif (85%) ou qualitatif (15%) de l'inhibiteur du complément (C1 Inh) ou encore oestrogéno-sensible (mutation du gène F XII).

Ou acquis : hyperconsommation C1, anticorps anti C1 Inh, **associé au IEC et ARA II** (l'enzyme de conversion participe à la dégradation de bradykinine).

Centre de référence : CREAK grenoble, (<http://www.angioedemexpert.com>)

V- DESCRIPTION

1. Présentation clinique

Œdèmes sous-cutanés ou sous-muqueux, mous, blancs, non prurigineux, non douloureux, ni inflammatoire, touchant préférentiellement la face et le tube digestif (**douleur abdominale**). Installation en 12 à 36h, durée 3-4 jours, pas de séquelles, récidivant. L'atteinte laryngée en fait la gravité ; ils résistent à l'adrénaline, aux antihistaminiques et aux corticoïdes. **Le diagnostic est clinique.** Anamnèse et examen important permettant de différencier l'angioœdème bradykinique de l'histaminique (cf tableau).

Angioedème	Bradykinique	Histaminique
Urticaire associé	Non	Oui
Durée	2-3 jours	Quelques heures
Atteinte digestive	Fréquente	Exceptionnelle
Contexte	Familial, IEC, ARAII, oestrogènes	Terrain atopique
Corticosenibilité	Nulle	Bonne

- **Crise ORL** : concerne 2% de l'ensemble des crises, 75% des crises sont graves, mortalité de 25%
- **Crise abdominale (93% des patients)**: douleur de 6 à 10/10 résistante aux paliers 1 et 2, vomissements, diarrhées, tableau pseudo chirurgical, syndrome sub-occlusif, ascite, hypovolémie, perte de connaissance, laparotomie blanche.

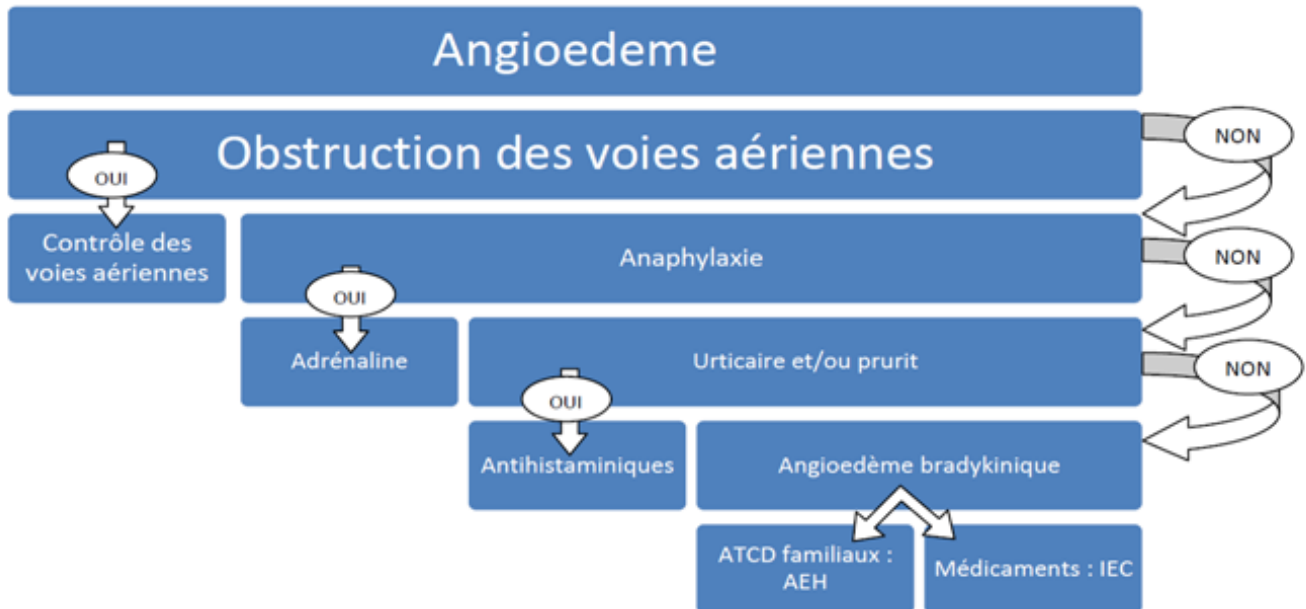
2. Orientation à l'IAO : *Évaluation médicale dès admission*

- **SAUV** : Altération de la voix, dysphagie, sialorrhée, sensation de boule dans la gorge, dyspnée, douleur abdominale avec EVA > 5
- **Box** : angioœdème localisé isolé, sans atteinte oropharyngée



Référence : UF2300/40.a	Titre : Angioedème bradykinique (ou œdème angioneurotique) aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :	Page :3/4
	Service d'Accueil des Urgences	Date d'émission : 19/09/2022 Date dernière révision :

3. Prise en charge



- **Mise en condition**
- Surveillance scopée
- ECG
- **Biologie** : affirme le diagnostic à posteriori, non disponible en urgence (envoi Biomnis)
 - Standard
 - Fraction C4 (< 30%)
 - Dosage pondéral et fonctionnel C1 Inh
 - Dosage C1q
- **Traitement spécifique** :
 - **Crise modérée et grave** : Acide Tranexamique (Exacyl) en l'absence de CI (antécédents thrombotiques) : 1g/6h PO ou IV pendant 48h
 - **Crise grave** (atteinte laryngé, de la face, ou douleur > 5) : Icatibant (Firazyr) 30 mg en SC
Efficacité en 20-30min, demi-vie 1 à 2h.
En cas de soulagement insuffisant des symptômes, éventuellement 2^{ème} injection à H6 puis éventuelle 3^{ème} injection à H12.
NB : Berinert (Concentré C1 Inh) non disponible au CHC.



Référence : UF2300/40.a	Titre : Angioedème bradykinique (ou œdème angioneurotique) aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :4/4 Date d'émission : 19/09/2022 Date dernière révision :

- **Prise en charge non spécifique :**
- Nacl 0,9% en garde veine
- Antalgiques classiques adaptés à l'EVA
- Remplissage si signes d'hypovolémie
- PFC contre-indiqués
- **Éviction définitive du facteur déclenchant : IEC, ARA II, pilule oestro-progestative**
- Aérosol d'adrénaline
- Intubation par sénior après contrôle des voies aériennes (*prévoir intubation difficile d'emblée +/- kit cricothyroïdotomie/matériel de trachéotomie*):
 - Si pas de macroglossie majeure : laryngoscopie directe avec mandrin long béquillé ou glottiscope avant d'envisager cricothyroïdotomie ou trachéotomie chirurgicale par un senior entraîné
 - Si macroglossie majeure : envisager d'emblée cricothyroïdotomie ou trachéotomie chirurgicale par un senior entraîné

4. Orientation à l'issue de la prise en charge aux urgences

- **Réanimation-USC** : Intubation, Instabilité hémodynamique
- **UHCD surveillance 24-48h** : Amélioration des symptômes avec critères de gravité initiaux
- **Post-Urgences ou Méd A** : Amélioration franche sans signes de gravité

5. Consignes à la sortie

- Arrêt définitif du facteur déclenchant s'il y en a un (IEC (surtout si association avec gliptine), ARAII, oestroprogestatif)
- Orienter le patient (+/- via son Médecin traitant) vers un Centre de Référence des Angioedèmes (CREAK) : 06 74 97 36 88 (astreinte nationale)
- Prévenir le patient de la nécessité d'un traitement prophylactique à court terme avant : geste dentaire comprenant des soins traumatisants, intervention chirurgicale sous anesthésie générale, geste endoscopique

Traitement prophylactique avant intervention

Concentré plasmatique de C1 INH 20 UI/kg en IV lente dans les 6h qui précèdent le geste

- Prescription d'un traitement prophylactique à la sortie si plus de 5 crises par an

Options de traitements prophylactiques :

	Femmes	Hommes
1^{ère} intention	Macroprogestatifs (femme non ménopausée)	Acide tranexamique 1g x 3 / j
2^{ème} intention	Acide tranexamique 1g x 3 / j	Danazol : < 200mg/j (sauf pour les AEH à C1Inh normal)
3^{ème} intention	Danazol : < 200mg/j (sauf pour les AEH à C1Inh normal)	Concentré de C1Inh (Cinryze) 1000 UI 2 fois par semaine en IVL
4^{ème} intention	Concentré de C1Inh (Cinryze) 1000 UI 2 fois par semaine en IVL	

