



POINT DE COURS : Angioœdème bradykinique

L'angioœdème bradykinique est une pathologie rare mais pouvant être grave, et surtout à risque de tromper notre œil d'urgentiste qui est habitué à traiter des angioœdèmes d'origine allergique. Focus sur la prise en charge !

Epidémiologie et facteurs prédisposants

Angioœdème héréditaire (déficit en C1 inhibiteur ou C1 inhibiteur normal (mutation F12 ou PLG ou KNG1)) : 1-50 habitants/100000 en Europe

Acquis :

- Médicamenteux (Prise d'IEC ou Entresto) : l'incidence des angioœdèmes bradykiniques sous IEC varie de 0.2 à 0.7%
- Déficit en C1 inhibiteur

Le risque est majoré chez les sujets noirs.

Tableau clinique

Antécédents familiaux d'AE

Facteurs déclenchants :

- Rechercher une prise d'IEC ou sartan
- **Éliminer tout facteur allergisant** : alimentation, prise médicamenteuse, usage de produits inhabituels (cosmétiques, parfums) qui ferait sortir de la catégorie de l'œdème bradykinique.

Signes cliniques :

- Œdème le plus souvent asymétrique, peu ou pas prurigineux, pouvant toucher la face, la langue (macroglossie), les voies aériennes supérieures (hypersialorrhée, dysphonie, dysphagie, ... : risque d'asphyxie ++), l'abdomen (crise douloureuse avec syndrome subocclusif), les membres
- Pas de fièvre associée, ni éruption urticarienne ou prurit

Prise en charge

Arsenal thérapeutique :

Crises sévères (face, larynx, abdomen) :

- Concentré d'inhibiteur de C1 (produit dérivé du sang) : Berinert® 20 UI/kg IVL (efficace en 30min, utilisable chez l'enfant et la femme enceinte), Cynrize®
- Icatibant (Firazyr®)
- Ruconest® (analogue recombinant de l'inhibiteur de la C1 estérase humain)

Crises bénignes :

- Acide tranexamique 1g/6h per os ou IVL

Les antihistaminiques, les corticoïdes et l'adrénaline sont inefficaces !

Tableau 2 Recommandations de traitement	
Traitement	Recommandations
Détresse vitale avec asphyxie	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer dès que possible • Icatibant (Firazyr®) : 30 mg sous-cutané ou • Concentré de C1-INH (Bérinert®) : 20 UI/kg intraveineux • Contrôle des voies aériennes supérieures : <ol style="list-style-type: none"> 1. Si pas de macroglossie majeure : laryngoscopie directe avec mandrin long béquillé ou glottiscope avant d'envisager cricothyroïdotomie ou trachéotomie chirurgicale par un senior entraîné 2. Si macroglossie majeure : envisager cricothyroïdotomie ou trachéotomie chirurgicale par un senior entraîné
Crises sévères	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer dès que possible • Icatibant (Firazyr®) : 30 mg sous-cutané ou • Concentré de C1-INH (Bérinert®) : 20 UI/kg intraveineux • Contrôle des voies aériennes supérieures
<ul style="list-style-type: none"> • Laryngée • Face • Abdominale 	
Crises bénignes (membres, organes génitaux)	<ul style="list-style-type: none"> • Acide tranexamique : 1 g/6 h, sauf allaitement, antécédents thromboemboliques
Surveillance dans tous les cas	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance rapprochée à 30 minutes, 1 heure, 4 heures, 12 heures après le début de la crise • Prévenir un centre expert afin d'envisager un suivi postcrise

Si angioœdème acquis aux IEC : contre-indication à la classe thérapeutique – éviter les ARA 2 (risque de réaction croisée). Attention aux thrombolytiques également.

Orientation vers un centre de référence pour la suite de la prise en charge.

Enza

Références :

- SRLF : Angioœdème bradykinique et médecine d'urgence : vers une optimisation des stratégies de prise en charge Bradykinin-Mediated Angioedema and Emergency Medicine: Progress towards Optimising Treatment Strategies N. Javaud · F. Adnet · O. Fain
- Orphanet