

Directive de traitement de l'AOH WAO/EAACI

Présentation des révisions 2017

Les directives 2012 de l'Organisation mondiale de l'allergie (World Allergy Organization, WAO)¹ et 2017 de la WAO/Académie européenne d'allergologie et d'immunologie clinique (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI)² ont été formulées par des comités de consensus constitués d'experts pour aider, guider et informer les décisionnaires cliniques traitant l'angio-œdème héréditaire de type 1 et de type 2 (AOH)

Les experts nommés aux comités répondaient à au moins 1 des critères suivants ^{1,2}:

- Expérience clinique extensive dans le domaine du traitement de l'AOH
- Publications pertinentes sur le thème de l'AOH
- Expérience pertinente en matière de médecine factuelle

Afin de garantir une expertise et un consensus globaux, les comités d'experts représentatifs ont été sélectionnés partout dans le monde^{1,2}

Le tableau ci-dessous souligne les principaux points d'évolution depuis la publication d'origine des directives en 2012^{1,2}

Il n'est pas censé être un examen complet des directives. Il est fortement conseillé aux lecteurs de consulter les publications d'origine pour connaître tous les détails.

Le texte bleu clair correspond à l'analyse des changements apportés aux directives entre 2012 et 2017, tandis que le texte bleu foncé est directement extrait des directives respectives.

Sujet	Directive d'origine 2012 ¹	Directive révisée 2017 ²
Androgènes	La prophylaxie à long terme avec des dérivés des androgènes est efficace mais elle doit être envisagée avec un regard critique, notamment à la lumière de leurs effets androgènes et anaboliques.	Reconnaissance de la prévalence des effets indésirables des androgènes Les androgènes doivent être envisagés avec un regard critique, notamment à la lumière de leurs effets androgènes et anaboliques indésirables, de leurs interactions médicamenteuses et de leurs contre-indications. Les auteurs des directives suggèrent d'utiliser les androgènes à titre de prophylaxie de seconde intention à long terme. Les effets indésirables sont nombreux et touchent la majorité des patients.
Diagnostic chez les enfants	Le dépistage de l'AOH de type 1 et de type 2 chez les enfants doit être retardé jusqu'à ce qu'ils aient 12 mois, et tous les enfants d'un parent affecté doivent être testés.	Accent mis sur les tests Les enfants de familles affectées par l'AOH doivent être testés dès que possible, et tous les enfants d'un parent affecté doivent être testés. Tous les tests complémentaires précoces réalisés chez les enfants de patients atteints d'AOH de type 1 et de type 2 doivent être renouvelés après l'âge d'1 an. Tant qu'une enquête complète pour l'AOH de type 1 et de type 2 n'a pas été réalisée, on doit considérer que tous les enfants présentent un AOH de type 1 ou de type 2
Prophylaxie à long terme <i>Considération vis-à-vis du patient</i>	La prophylaxie à long terme doit être envisagée chez tous les patients présentant de sévères symptômes de l'AOH de type 1 et de type 2, en tenant compte de la sévérité de la maladie, de la fréquence des crises, de la qualité de vie du patient, des ressources disponibles, et de la non réalisation d'un contrôle adéquat par thérapie à la demande appropriée.	Il convient de se concentrer davantage sur l'activité de la maladie et sur l'évaluation systématique pour décider si une prophylaxie à long terme est appropriée. La prophylaxie à long terme doit être individualisée et envisagée chez tous les patients présentant de sévères symptômes de l'AOH de type 1 et de type 2, en tenant compte de l'activité de la maladie, de la fréquence des crises, de la qualité de vie du patient, des ressources de santé disponibles et de la non réalisation d'un contrôle adéquat par thérapie à la demande appropriée. Il est recommandé d'envisager la prophylaxie pour les patients qui font face à des événements de la vie associés à une plus grande activité de la maladie. Une prophylaxie à long terme efficace exige un haut degré d'observance médicamenteuse. Par conséquent, il faut tenir compte des préférences du patient. Les auteurs des directives recommandent actuellement C1-INH à titre de prophylaxie de première intention à long terme

Sujet	Directive d'origine 2012 ¹	Directive révisée 2017 ²
<p>Prophylaxie à long terme</p> <p><i>Évaluation du patient</i></p>		<p>Accent mis sur l'évaluation systématique pour la prophylaxie à long terme</p> <p>Il est recommandé d'évaluer les patients pour une prophylaxie à long terme à chaque visite. Le fardeau de la maladie et les préférences du patient doivent être pris en compte.</p>
<p>Points à considérer pour la prise en charge</p>	<p>Tous les patients doivent avoir un plan d'action et un produit à leur disposition pour traiter une crise d'AOH.</p>	<p>Accent mis sur les soins intégrés</p> <p>Il est suggéré de mettre des soins intégrés complets spécifiques à l'AOH à la disposition de tous les patients. Tous les patients doivent avoir un plan d'action.</p>
<p>Traitement des crises à la demande</p>	<p>Toutes les crises qui résultent en un affaiblissement/dysfonctionnement et/ou qui affectent le visage, le cou ou l'abdomen doivent être prises en compte pour un traitement à la demande. Le traitement des crises affectant les voies respiratoires supérieures est obligatoire. Les crises doivent être traitées le plus tôt possible.</p> <p>Il est recommandé que tous les patients disposent d'un traitement à la demande pour 2 crises et qu'ils l'aient toujours sur eux.</p>	<p>Plus grande reconnaissance qu'un traitement à la demande doit être envisagé pour toutes les crises d'AOH.</p> <p>Il est recommandé d'envisager un traitement à la demande pour toutes les crises. Il est recommandé de traiter toute crise affectant ou susceptible d'affecter les voies respiratoires supérieures. Les crises doivent être traitées le plus tôt possible.</p> <p>Il est recommandé que tous les patients disposent d'un traitement à la demande pour 2 crises et qu'ils l'aient toujours sur eux.</p> <p>Un traitement précoce est crucial dans les cas impliquant les voies respiratoires supérieures (langue, uvule, larynx). Les patients doivent auto-administrer le traitement en attendant d'être amenés à l'hôpital. Il est extrêmement important d'encourager tous les patients à rechercher d'autres soins immédiatement après l'administration de la thérapie. Le gonflement des voies respiratoires supérieures risque de progresser ou de se renouveler, et il pourrait être nécessaire de répéter l'administration. Rechercher des soins d'urgence après le traitement est essentiel pour réduire le risque de suffocation.</p>
<p>Prophylaxie à court terme avant toute procédure</p>	<p>La décision d'administrer une prophylaxie avant une procédure dépend des antécédents personnels du patient et du risque susceptible d'être associé à la procédure. Il convient d'envisager d'administrer une prophylaxie à court terme avant des interventions chirurgicales, notamment en chirurgie dentaire/ intra-buccale, qui exige une intubation endotrachéale, durant lesquelles les voies respiratoires supérieures ou le pharynx est/ sont manipulé(es), et avant une bronchoscopie/endoscopie.</p>	<p>Recommander une prophylaxie à court terme au lieu d'envisager une prophylaxie à court terme</p> <p>Malgré les bénéfices perçus d'une prophylaxie avant procédures avec du concentré de C1-INH, peu de preuves étayent son efficacité. Des rapports et des séries de cas suggèrent que, en dépit de la prophylaxie, des gonflements peuvent se manifester même après des procédures relativement mineures.^{3,4} Toutefois, plusieurs rapports documentent une réduction de l'incidence des gonflements à la fois chez les adultes et les enfants grâce à une prophylaxie avant procédure, et la réponse semble être liée à la dose.^{3,5,7} La prophylaxie avant procédure avec du concentré de C1-INH est, de ce fait, recommandée pour toutes les procédures médicales, chirurgicales et dentaires associées à tout impact mécanique sur la voie aéro-digestive supérieure</p>

Références : 1. Craig T, et al. *World Allergy Organ J.* 2012;5:182-199. 2. Maurer M, et al. *Allergy.* 2018; doi: 10.1111/all.13384. 3. Farkas H, et al. *Allergy.* 2012;67(12):1586-1593. 4. Aygören-Pürsün E, et al. *Allergy.* 2013;68(8):1034-1039. 5. Bork K, et al. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(1):58-64. 6. Farkas H, et al. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57(4):404-408. 7. Magerl M, et al. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2017;118(1):110-112.

