

Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Département hospitalo-universitaire de médecine d'urgence

Protocole de service accueil des urgences	
Titre	ANAPHYLAXIE
Rédaction Dr MION NOLIN	Approbation Pr LEVRAUT Dr OUALID Dr BOIFFIER
Date de création	NOVEMBRE 2017
Application	Validité
Accueil des urgences Pasteur 2 CHU NICE	1 an

ANAPHYLAXIE

DIAGNOSTIC

L'anaphylaxie est un diagnostic clinique !!

- Elle se caractérise par l'apparition brutale de symptômes concernant plusieurs organes et apparaissant après un délai de quelques minutes à quelques heures après l'exposition à un facteur déclenchant.
- plus les manifestations cliniques apparaissent précocement et plus la sévérité est importante
- *Les manifestations cutanéomuqueuses isolées ne constituent pas une anaphylaxie.*

Critères cliniques d'anaphylaxie de Sampson et al. (SE 97% et SP 82%)

Tableau 1 Critères de Sampson et al. [3,27]. Une anaphylaxie est probable quand l'une de ces trois situations cliniques apparaît brutalement	
1	Installation aiguë (minutes à quelques heures) d'une atteinte cutanéomuqueuse de type urticarienne ^a ET au moins un des éléments suivants • Atteinte respiratoire ^b • Hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes ^c
2	Au moins deux des éléments suivants apparaissant rapidement après exposition à un probable allergène pour ce patient (minutes à quelques heures) • Atteinte cutanéomuqueuse ^a • Atteinte respiratoire ^b • Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes ^c • Signes gastro-intestinaux persistants ^d (douleurs abdominales, vomissements, etc.)
3	Hypotension artérielle après exposition à un allergène connu pour ce patient (minutes à quelques heures) • De 1 mois à 1 an, PAS < 70 mmHg • De 1 à 10 ans, PAS < 70 + (2 × âge) mmHg • De 11 à 17 ans, PAS < 90 mmHg • Adulte, PAS < 90 mmHg ou baisse de plus de 30 % par rapport à sa valeur habituelle
PAS pression artérielle systolique. ^a Éruption généralisée, prurit, flush, œdème des lèvres, de la langue ou de la luvette, etc. ^b Dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, diminution du débit expiratoire de pointe, etc. ^c Syncope, collapsus, hypotonie, incontinence. ^d Le groupe propose d'entendre par « persistant » une symptomatologie encore présente au moment du contact médical.	

- Le terme de choc anaphylactique est ici abandonné car il est responsable d'une sous évaluation des symptômes digestifs ou respiratoires...

- L'anaphylaxie peut s'aggraver progressivement ou avoir une **évolution biphasique** (0,4 à 23% des patients). Cette deuxième phase survient *habituellement 4 à 12h après les premiers symptômes* et serait favorisée par un retard ou un défaut d'administration d'adrénaline ou de corticoïdes.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- asthme
- attaque de panique
- envenimations, intoxications histaminiques, scombroidose (thon, maquereaux)
- angio-oedème à bradykinine non histaminique : oedème localisé, blanc, non prurigineux, non érythémateux, évoluant par crises, caractérisé par inefficacité du traitement par antihistaminiques, corticoïdes, ou adrénaline.

FACTEURS AGGRAVANTS

- **Comorbidités augmentant le risque d'anaphylaxie** : asthme, pathologies cardio-vasculaires, désordres mastocytaires et certains traitements par IEC et β -bloquants.

Facteurs pouvant amplifier la réaction anaphylactique : effort physique, prise d'alcool ou d'AINS, stress, épisodes infectieux, fièvre et période péri-menstruelle.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- *Ne doivent en aucun cas retarder le traitement !!*

- Permettent d'étayer le diagnostic en cas de tableau atypique

- Un taux normal quel que soit le marqueur ne permet pas d'exclure le diagnostic

- **Tryptase** : effectuer un premier prélèvement *30 minutes (pas avant) à 2h après le début des signes cliniques* et un deuxième prélèvement 24h après la résolution des symptômes ou au cours du bilan allergologique (prélèvement à n'effectuer que si signes cardiaques, et/ou respiratoires, et/ou digestifs)

- **Histamine** : n'est pas à faire en routine

En pratique, prélever sur tube sec ou EDTA, horodater le tube, renseigner date et heure de début des symptômes, et faire parvenir au laboratoire sous 48h à température ambiante

- réaliser un **ECG** : les médiateurs de l'anaphylaxie peuvent induire un spasme coronarien, une rupture de plaque d'athérome et une occlusion coronaire (syndrome de Kounis)

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

1. ADRENALINE

- Indication précoce pour toute anaphylaxie avec atteinte respiratoire ou cardiovasculaire (pas si urticaire seul, ou angioedème de la face isolé...) et à discuter si atteinte digestive sans atteinte cardiorespiratoire

- Il n'y a pas de CI absolue à l'utilisation d'adrénaline en cas d'anaphylaxie, y compris chez les patients âgés, en cas de grossesse, ou si il existe une comorbidité cardiovasculaire associée

→ **LA VOIE IM** est la voie d'administration recommandée, et facilement accessible à tout âge.

Le site d'injection recommandé est la face latéro externe du tiers moyen de la cuisse, y compris chez les patients traités par antithrombotiques.

Posologie : 0,01 mg/kg IM (Maximum 0,5mg) OU 0,3mg IM (si poids > 25kg) avec le stylo auto injecteur

→ **VOIE IV** : « la voie IV n'est pas recommandée en première intention et ne peut s'envisager qu'aux conditions suivantes : présence d'une équipe médicale entraînée, surveillance continue de la sat, de la fréquence cardiaque et de la PNI, avec défibrillateur à proximité » .Titration indispensable.

Fenêtre thérapeutique de l'adrénaline IV très étroite avec sensibilité individuelle imprévisible
Effets secondaires observés par voie IV : FV, TV, poussée HTA, OAP, SCA.

« En raison du risque d'arythmie létale souvent secondaire à une erreur de posologie, la voie IV devrait être réservée au risque imminent d'ACR, aux formes réfractaires, ou devant une instabilité hémodynamique sévère chez un patient déjà perfusé »

Posologie : 0,05mg IV à répéter si besoin toutes les 1 à 2 minutes

→ **IV à la SAP** : elle doit rapidement remplacer la voie IM si les injections répétées se révèlent inefficaces ou en cas d'instabilité hémodynamique sévère.

Objectif : PAM a 60 mm Hg

→ **AEROSOLS** : en complément de l'adrénaline IM si atteinte des VAS

	Posologie	Modalités pratiques	Délai de réadministration selon la réponse clinique
Intramusculaire	0,01 mg·kg ⁻¹ maximum 0,5 mg	AIA > 25 kg : 300 µg Non dilué seringue de 1 mL = 1 mg	5 à 10 minutes
Intraveineuse (IV) directe	Bolus de 50 µg	1 mg dilué dans 20 mL = 50 µg·mL ⁻¹	1 à 2 minutes
IV au pousse-seringue électrique	0,05 à 0,1 µg·kg ⁻¹ ·min ⁻¹		Adapter le débit
Aérosol	2 à 5 mg	Hors AMM SSI qsp 5 mL	20 minutes

AIA : auto-injecteurs d'adrénaline en France : Anapen®, EpiPen®, Jext® ;
AMM : autorisation de mise sur le marché ; SSI qsp : sérum salé isotonique quantité suffisante pour.

2. TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

- libération des VAS
- oxygénothérapie à fort débit en cas de choc, d'hypotension ou de dyspnée
- expansion volémique par sérum salé isotonique ou Ringer lactate
- β₂ mimétiques d'action rapide si bronchospasme
- positions d'attente : Trendelenburg stricte si instabilité hémodynamique ou malaise, demi-assise si détresse respiratoire, décubitus latéral gauche en cas de grossesse, PLS si troubles de la conscience.
- Corticoïdes : ne sont pas un traitement d'urgence et ne se substituent pas à l'adrénaline, utilisés en prévention de la réaction biphasique à la dose de 1 à 2 mg/kg
- Antihistaminiques : ne sont efficaces que sur les symptômes cutanéomuqueux
- En cas de choc réfractaire (= PAM < 60 malgré injections répétées d'adrénaline, SAP d'adrénaline et expansion volémique adaptée), la noradrénaline peut être proposée en débutant à 0,1 gamma.kg.min
- Chez les patients sous bêtabloquants, en raison d'un antagonisme compétitif sur les récepteurs bêta, en l'absence d'amélioration, le glucagon est préconisé à la posologie de 1 à 2 mg toutes les 5 minutes puis 5 à 15 gamma/kg/min à la SAP

3. SURVEILLANCE

La durée de surveillance de l'anaphylaxie est de 6h minimum après résolution de l'épisode. En cas d'atteinte respiratoire sévère ou cardiovasculaire, la surveillance est prolongée, allant de 12 à 24h.

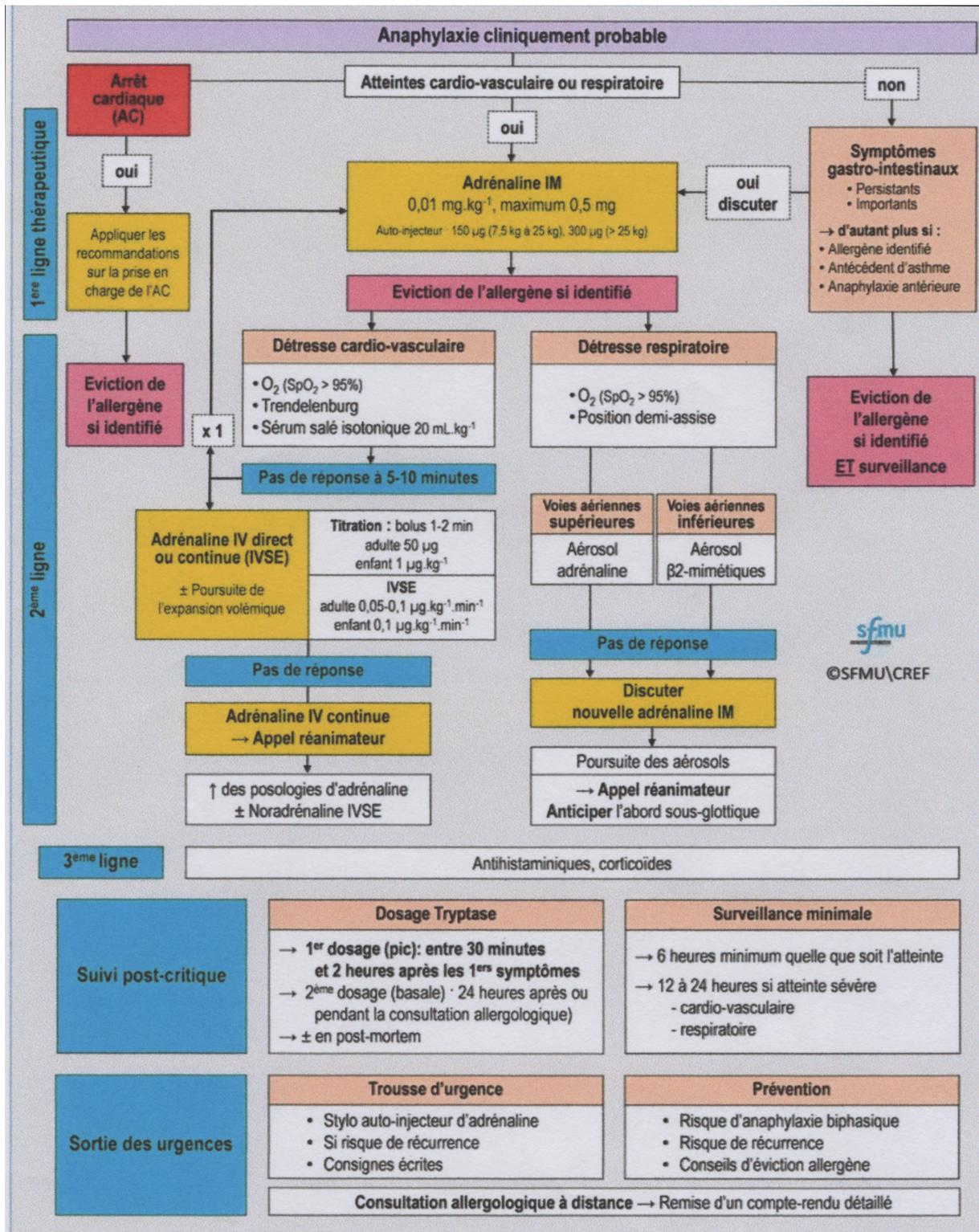
Celle doit avoir lieu en SAUV, en UHCD, ou en unité de surveillance continue ou de réanimation.

4. A LA SORTIE DU PATIENT

Les patients doivent sortir avec :

- des conseils écrits mentionnant : éviction de l'allergène supposé, information sur le risque de réaction biphasique, symptômes d'anaphylaxie et consignes d'utilisation de l'AIA
- prescription d'un ou deux AIA prescrits en fonction du poids avec mode d'emploi !
- Prescription : β 2 mimétiques inhalés, corticoïdes par voie orale (1 mg/kg) et un antihistaminique par voie orale pour une durée de 3 à 5 jours
- un compte rendu d'hospitalisation
- un rendez vous en allergologie

Des documents pré rédigés sont disponibles dans le TU



ANAPHYLAXIE CONSIGNES DE SORTIE

- Vous avez été hospitalisé pour une réaction allergique sévère, pouvant exceptionnellement récidiver dans les 2 ou 3 jours.
- Il faut consulter un allergologue afin de confirmer ou non cette allergie, d'identifier l'agent responsable et de bénéficier d'une prise en charge et de conseils adaptés. Vous devez à tout pris éviter l'exposition à l'allergène supposé
- Un kit d'urgence avec 2 stylos auto-injecteurs d'adrénaline vous a été prescrit : ils sont toujours à garder avec vous. Ils ne sont à utiliser qu'en cas de nouvelle réaction allergique SEVERE

	SIGNES D ALLERGIE	COMMENT REAGIR
ALLERGIE <u>SANS</u> GRAVITE	<ul style="list-style-type: none"> - Si apparition brutale après contact avec l'agent suspecté : d'urticaire, boutons qui grattent, rougeur, yeux rouges, éternuements - Si œdème, gonflement du visage, des mains, des yeux 	<p>→ PAS d'injection d'adrénaline, prendre un anti histaminique</p> <p>→ PAS d'injection d'adrénaline, prendre un antihistaminique et un corticoïde</p>
ALLERGIE SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> - Si difficultés pour respirer, asthme, respiration sifflante, gonflement de la gorge avec difficultés pour avaler, parler, respirer - Si apparition d'une sensation de malaise, vertiges, grande faiblesse soudaine 	<p>→ Position demi assise, calme. Appeler le 15 et expliquer que vous avez un stylo auto injecteur d'adrénaline. Faire l'injection au milieu de la face externe de la cuisse en gardant le stylo en pression sur la cuisse durant 10 sec</p> <p>- s'allonger en surélevant les jambes. Appeler le 15 et expliquer que vous avez un stylo auto injecteur d'adrénaline. Faire l'injection au milieu de la face externe de la cuisse en gardant le stylo en pression sur la cuisse durant 10 sec</p>

ORDONNANCE DE STYLOS AUTO INJECTEURS D'ADRENALINE

(Cochez les options choisies)

- 2 stylos auto- injecteurs d'adrénaline ANAPEN® 300 microgrammes (si poids> 25kg)
- 2 stylos auto-injecteurs d'adrénaline EPIPEN® 300 microgrammes (si poids> 25 kg)

CONSIGNES UTILISATION STYLOS AUTO-INJECTEURS D'ADRENALINE



JEXT®/ EPIPEN®

1. Tenez l'auto-injecteur dans votre main dominante (celle que vous utilisez pour écrire)

2. Retirez le **bouchon BLEU** EpiPen®, **JAUNE** Jext®

3. Placez l'extrémité orange/noire de l'auto-injecteur au milieu de la face extérieure de votre cuisse, tenez l'injecteur à angle droit de la cuisse (environ 90°). Il peut être utilisé au travers des vêtements

4. **Pressez** fermement l'extrémité noire/orange contre l'extérieur de votre cuisse jusqu'à ce que vous entendiez le **déclat** confirmant le début de l'injection

5. **ATTENTION** maintenez-le en position. Tenez fermement l'injecteur en place contre la cuisse pendant **10 secondes** (comptez lentement jusqu'à 10) Puis retirez. L'extrémité s'étire automatiquement pour recouvrir l'aiguille.

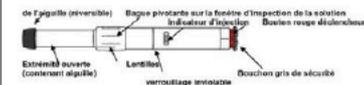
6. Puis masser



ANAPEN®

1. Tenez l'auto-injecteur dans votre main dominante (celle que vous utilisez pour écrire)

2. Retirez les **2 bouchons noirs**



3. Placez l'extrémité **fléchée** du stylo au milieu de la face extérieure de votre cuisse, tenez l'injecteur à angle droit de la cuisse (environ 90°). Il peut être utilisé au travers des vêtements.



4. **Appuyer** sur le bouton **ROUGE** pour déclencher le début de l'injection



5. **ATTENTION** maintenez le stylo en position **10 secondes** (comptez lentement jusqu'à 10) Attention de ne pas vous piquer avec l'aiguille qui reste apparente.

6. Puis masser

