

J.I. ANAPHYLAXIE

LES POINTS CLEFS

La mesure la plus importante influençant le pronostic vital du choc anaphylactique est l'administration d'adrénaline dans les premières 30 minutes.

Il convient de rechercher par l'anamnèse *des facteurs de risque* d'une réaction anaphylactique grave: présence d'un asthme, antécédents de réaction anaphylactique grave, symptômes d'apparition rapide ou de gravité croissante, administration d'un allergène intra-veineux, prise de bêta-bloquants ou d' IEC. Même en l'absence de ces facteurs de risque, il faut toujours considérer l'anaphylaxie comme une réaction potentiellement fatale.

L'expression clinique de l'anaphylaxie est très variable, la chronologie des événements peut varier et peut toucher divers organes. L'absence de signes considérés comme classiques dans l'anaphylaxie (par exemple le rash urticarien) ne constitue pas un critère de bénignité. Un choc grave peut commencer avec des symptômes apparemment banals, le stade de gravité de la réaction doit donc être réévalué à intervalles réguliers.

DIAGNOSTIC

Il faut rechercher dans l'anamnèse la prise récente d'un médicament (identifié ou non) une piqûre d'insecte, l'ingestion d'un aliment, ou un exercice physique. L'absence d'événement déclanchant dans l'anamnèse n'exclue pas la réaction anaphylactique.

Le patient peut présenter des symptômes *généraux* (par ex. prurit, anxiété, agitation), *cutanés* (par ex. prurit/paresthésies, flush), *respiratoires* (par ex. toux, oppression thoracique, dyspnée et tachypnée), *cardio-vasculaires*: (par ex. palpitations, angor), *gastro-intestinaux* (par ex. dysphagie, nausée, douleurs épigastriques)

Le patient peut présenter des signes *cutanés* (par ex. érythème ou urticaire diffus, angioedème), *respiratoires* (par ex. rhinorrhée, stridor, "wheezing", sibilances, dyspnée et/ou oedème laryngé), *cardio-vasculaires* (collapsus, arythmies, hypotension, troubles de la conduction, ischémie ou infarctus myocardique), *gastro-intestinaux* (par ex. oedème de la langue et du pharynx, vomissements, diarrhées) et *oculaires* (érythème conjonctival, chémosis).

Stades de gravité (selon H.L. Müller)

<u>Stade I</u>	urticaire généralisée, malaise, anxiété
<u>Stade II</u>	1 ou plusieurs symptômes du stade I plus ≥ 2 symptômes suivants: angio-oedème étendu oppression thoracique douleurs abdominales nausées diarrhées vertiges
<u>Stade III</u>	1 ou plusieurs symptômes du stade II plus ≥ 2 symptômes suivants: dyspnée dysphagie dysphonie confusion angoisse de mort
<u>Stade IV</u>	1 ou plusieurs symptômes du stade III plus ≥ 2 symptômes suivants du choc anaphylactique: cyanose hypotension collapsus perte de connaissance syncope incontinence

PHASE PREHOSPITALIERE :**Dans les 3 premières minutes****Assurer les fonctions vitales et administrer de l'adrénaline**

1. Contrôler les signes vitaux. Au besoin monitoring cardiaque.
 Etendre le patient si hypotension.
 Position de Trendelenburg si état de choc (sauf en cas d'oedème pulmonaire).
2. Arrêter le facteur déclenchant (perfusion, injection, enlever l'aiguillon d'abeille le plus rapidement possible en évitant de comprimer le sac du dard).
3. S'assurer que les voies aériennes soient libres (cave vomissements).
 En cas de besoin, apport d'oxygène en quantité maximum.

4. Si réaction \geq stade III, ou $<$ stade III et rapidement progressive, ou cas de réaction plus faible mais avec une raison subjective de gravité:

adrénaline (1:1000 = 1mg/ml) 0,01 ml/kg (=0,01 mg/kg) i.m., max: 0.3 à 0,5 ml i.m.

- si moins de 20 kg: (1:10.000) 0,1 ml/kg i.m.
- Répéter 2x à intervalle de 10 à 20 min. si nécessaire.

mise en place d'une voie veineuse périphérique.

en cas d'état de choc et de non réponse à l'adrénaline i.m.,

adrénaline (1:1000 = 1mg/ml) 0,01 ml/kg (=0,01 mg/kg) i.v., max: 0.3 à 0,5 ml i.v.

Si abord veineux impossible et patient intubé, donner de l'adrénaline par le tube endotrachéale : doses 2-3 x plus élevées soit 1.0-1.5 mg dans 10-50 ml de NaCl 0,9%.

5. Si possible faire une anamnèse détaillée et rechercher les *facteurs de risque* d'une réaction grave.

6. Si réaction modérée ou bénigne (\leq stade II) **anti-H1** p.o.

cétirizine (Cetallerg®, Zyrtec®...) 0,25mg/kg en 1 dose, max 10 mg

lévocétirizine (Xyzal®) 0,12mg/kg en 1 dose, max 5 mg

loratadine (Claritine®) 0,25mg/kg en 1 dose, max 10 mg

etc..

7. Transport médicalisé à l'hôpital pour surveillance en cas de réaction grave ou présence de facteurs de risque. En cas de réaction modérée ou bénigne, contrôle au minimum 2 heures.

PHASE HOSPITALIERE :

Dans les 3 premières minutes

1. Assurer les fonctions vitales et administrer de l'adrénaline (voir phase pré-hospitalière)
2. Si possible faire une anamnèse détaillée. Rechercher les *facteurs de risque* d'une réaction grave.
3. En cas d'hypotension ou d'état de choc, administrer du NaCl 0.9%.
4. Si hypotension grave et/ou réfractaire au remplissage vasculaire, malgré l'adrénaline, prise en charge intensive habituelle avec support hémodynamique (amines).
5. Si le patient est traité avec des **β -bloquants** (inclus les traitements topiques, par ex. du glaucome) et non réponse à l'adrénaline :

glucagon : stimule les récepteurs β , indépendamment de l'adényl-cyclase: 0,03 mg/kg, max 1 mg dans 1000 ml 5% dextrose

atropine : 0,03 mg/kg, max 1 mg i.v.

-
6. Si bronchospasme et/ou oedème pulmonaire (non lié à l'insuffisance cardiaque) voir traitement de l'asthme.
 7. Si oedème laryngé malgré adrénaline i.m. ou i.v., donner de l'adrénaline en inhalation.
 8. Traitements secondaires car sans effets prouvés dans la phase aiguë de la réaction anaphylactique :

Corticostéroïdes, i.v. équivalent de 2 mg/kg prédnisolone, peut prévenir les réactions secondaires (réactions anaphylactiques biphasiques)
Cave: nombres de doses à déterminer selon la gravité de la réaction.

antihistamines (anti-H1), i.v.
clémastine 0,015 mg/kg q6 heures

9. Analyses biologiques :_

- Tryptase (LIAC) à déterminer dans les cas douteux ou sur indication médico-légale. A prélever entre 2 et 6 heures après le début de la réaction. Cave: doit parvenir sur la glace au laboratoire dans les 30 min. ou être centrifugé puis congelé dans les 30 min. au labo de pédiatrie

- uniquement en cas de choc :
FSC, Na, K, urée, créatinine, glucose
Gazométrie (correction de l'acidose si pH<7.2 et/ou bicarbonates<10)

10. ECG (pas de troubles caractéristiques de la réaction anaphylactique, faire en cas de suspicion d'ischémie cardiaque)
11. Rx thorax (atélectasie, hyperinflation), à envisager pour le suivi dans l'état de choc.

12. Surveillance hospitalière:

6 à 8 heures au minimum, selon les cas
Envisager selon l'évolution et la gravité de la réaction une hospitalisation plus longue (de 24 à 72 heures) dans une unité de soins intermédiaires ou dans une unité de soins généraux en raison du risque imprévisible de réactions secondaires (anaphylaxie avec réactions biphasiques dans 5 à 28% des cas).

13. Sortie de l'hôpital seulement avec **adrénaline auto-injectable**:

EpiPen (0,3 mg), [enfant < 25 kg: EpiPen Jr (0,15 mg)]

14. **Prise en charge secondaire (pédiatre FMH spécialisé en allergologie)**

Pour un diagnostic précis (tests cutanés, tests in vitro, éventuellement tests de provocation),

Pour des conseils préventifs (trousse d'urgence avec apprentissage de son utilisation correcte, passeport d'allergie, prémédication dans les cas de ré-exposition programmée [produits de contraste radiographique], éviction [aliments cachés]), déclaration (école), traitement (désensibilisation, traitement et suivi d'asthme, suivi de peak flow).

Bibliographie

- Sampson HA et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. J Allergy Clin Immunol 2006; 117:391-7.
- AAAI Board of Directors. The use of epinephrine in the treatment of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 1994; 94:666-8.
- JW Yunginger. Anaphylaxis. Curr Problems in Pediatrics. 1992; March 1992: 130-47.
- TC Sims. Anaphylaxis. How to manage and prevent this medical emergency. Postgrad Medicine 1992; 92:227-96.
- M Fisher. Treatment of anaphylaxis. Br Med J 1995; 311:731-3.
- BS Bochner, LM Lichtenstein. Anaphylaxis. New Engl J Med 1991; 324:1785-90,
- FW Ahnefeld et al. Akuttherapie anaphylaktoider Reaktionen. Ergebnisse einer interdisziplinären Consensuskonferenz. Radiologe. 1994; 34:545-56.
- HA Sampson, L Mendelson, JP Rosen. Fatal and near fatal reactions to food in children and adolescents. New Engl J Med 1992; 327:380-4.