

# Conduite à tenir après le traitement d'urgence d'une suspicion d'anaphylaxie



Recommandations

Octobre 2013

# Definitions

- Réaction d'hypersensibilité systémique, généralisée, sévère, potentiellement fatale
- Anaphylaxie allergique (IgE médiée) /Anaphylaxie non allergique
- « Prise en charge de l'anaphylaxie », dernières recommandations en 2016 par la SFMU associé à la SFA
  - début aigu: qq minutes à qq heures suivant l'exposition à un fact déclenchant
  - atteinte des voies aériennes (>ou<)
  - et/ou atteinte CV (hypotension artérielle, collapsus, syncope, hypotonie)
  - +/- atteinte cutanéomuqueuse (urticaire , angio œdème)
  - +/- atteinte digestive



# Quelques chiffres...

- Europe: prévalence de 0,3%
- En France: sondage prospectif en 2017 , total de 8003 questionnaires
  - 8% atcd d'anaphylaxie
  - 69% traités en ambulatoire
  - 43% référés à un allergologue pour investigations
  - 1,6% ( 130 patients): TT par adrénaline auto inj , dont 15% dispositif sur eux
- La mortalité par anaphylaxie :
  - 0,65% à 2%
  - Les causes de décès par anaphylaxie: cause iatrogène ( 63%); venins d'insecte ( 14%) ; aliment ( 0,5%)

# Anaphylaxie de l'enfant

- **Tableau Clinique:**

- Anaphylaxie: manifestation inaugurale de l'allergie dans 30 à 60% des cas
- Fréquence des Atteintes cutanéomuqueuse (urticairre et angio-œdème) avec signes dig (vomissements)
- Rareté des signes cardiovasculaires

- **Cause d'anaphylaxie : Alimentaire > venins > médicaments**

- **Principaux allergènes alimentaires:** lait de vache et mammifères, arachide, fruit à coques, œuf

# Traitement

- Recommandations de le SFMU et SFA - éviction de l'allergène
  - Adrénaline intra musculaire avec les dispositifs auto injectables d'adrénaline
- Injection faite par le patient, l'entourage, les personnes ressources
- Dosage de 0,30 mg à partir de 30 kg et 0,15 mg entre 15 et 30 kg
- Aucune contre indication de l'utilisation de l'adrénaline dans l'anaphylaxie
- Anti histaminiques et corticoïdes : Traitement de 3<sup>ème</sup> ligne pour améliorer les signes cutanéomuqueux et prévenir des réactions tardives (évolution biphasique)



# Recommandations HAS: Pour qui? Par qui?

## Patients concernés

Les patients (adulte, adolescent, enfant) ayant reçu un traitement en urgence réalisé dans un établissement de santé ou en ambulatoire pour une suspicion de réaction anaphylactique.

→ **Les patients non concernés par les messages clés :**

- les patients déjà identifiés comme ayant des réactions anaphylactiques et susceptibles d'être de nouveau exposés au même allergène ;
- les patients ayant une comorbidité comme l'asthme ;
- les patients ayant une réaction allergique légère à modérée<sup>1</sup>.

1. Par exemple, le grade I de la classification de Ring et Messmer (se référer à l'annexe 1 du document de travail).

## Professionnels concernés

→ **Tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des réactions d'anaphylaxie.**

# « Juste après » la prise en charge thérapeutique

Après avoir débuté le traitement d'urgence de la suspicion d'anaphylaxie, il est important de :

- noter les symptômes de l'épisode anaphylactique venant de se dérouler ;
- faire préciser la chronologie de la réaction :
  - noter l'heure de début de survenue des symptômes,
  - noter les circonstances ayant précédé le début des symptômes pour aider à identifier un ou des possibles facteurs déclenchants<sup>2</sup>,
- réaliser un dosage sanguin de la tryptase<sup>3</sup> le plus tôt possible. Un deuxième échantillon est à prélever idéalement 1 à 2 heures après le début de l'épisode sans dépasser 4 heures.

Les enfants qui ont reçu un traitement en urgence pour une réaction anaphylactique suspectée doivent être hospitalisés, dans la mesure du possible dans un service de pédiatrie.

La durée de surveillance médicale d'un patient au décours immédiat d'un épisode anaphylactique suspecté est au minimum de 6 heures.

Tous les patients doivent être adressés vers une consultation d'allergologie pour une prise en charge diagnostique, thérapeutique et éducationnelle.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# Informations à consigner dans le dossier médical / Compte rendu pour le spécialiste

- Symptômes cliniques de l'épisode anaphylactique

- Circonstances de survenue:

- les délais +++
- aliments ingérés (4 à 6 heures max)
- piqûres d'insectes (guêpe, abeille, taon, frelon)
- prises médicamenteuses (ATB)
- contact latex, contexte périopératoire
- recherche des cofacteurs aggravants ( prises d'AINS, B bloquants, contexte infectieux, effort , alcool, comorbidités comme l'asthme , mastocytose)

- Dosage des marqueurs de dégranulation mastocytaire: tryptasémie
  - 1<sup>er</sup> dosage entre 30 mn et 2 heures du début des sympt
  - 2<sup>ème</sup> dosage 24 heures après la résolution des sympt ou en cs de contrôle au cabinet
- Surveillance
  - minimum de 6 heures (réaction biphasique) pour tous patients
  - hospitalisation pour les enfants

# Dans l'attente de la consultation d'allergologie



- un traitement par seringue auto-injectable d'adrénaline<sup>4</sup> doit être prescrite et son utilisation enseignée ;
- des informations écrites sont à remettre par le professionnel de santé au patient sur :
  - le mécanisme et les symptômes de la réaction anaphylactique, y compris le risque de réaction biphasique (en deux temps),
  - la conduite à tenir en cas de réaction anaphylactique (utiliser la seringue auto-injectable d'adrénaline et appeler le SAMU – centre 15 ou le 112),
  - l'utilisation correcte de la seringue auto-injectable d'adrénaline (comprenant une démonstration de l'utilisation) et quand l'utiliser,
  - si un allergène possible a été identifié, la stratégie d'éviction du ou des allergènes suspectés,
  - le service d'allergologie et/ou l'allergologue à contacter, ainsi que les associations de patients ;
- adresser une information écrite sur l'épisode anaphylactique suspecté au médecin traitant et à l'allergologue le plus rapidement possible.

# Informations à remettre au patient

- Prévoir une consultation en allergologie dans un délai idéal de 4 à 6 semaines
- Fiche conseil à remettre au patient
  - Eviction de tout allergène supposé (liste++)
  - Savoir reconnaître une réaction d'anaphylaxie: symptôme, risque de réaction biphasique
- Prescription d'une trousse d'urgence
  - stylo d'adrénaline auto injectable (2) avec explication, démonstration +++
  - B2 mimétique inhalé en cas d'asthme associé
  - +/- anti histaminique

# Fiche conseil



sfmu **ANNEXE 5 (recto) :                CONSIGNES A LA SORTIE DES URGENCES** ©SFMU\CREF  
**APRES UNE REACTION ALLERGIQUE SEVERE / ANAPHYLAXIE**

Identité du patient	<b>Rendez-vous avec l'allergologue, le Dr :</b> Téléphone : Date du rendez-vous : <span style="float: right;">heure :</span> Lieu :
---------------------	--

Vous avez été hospitalisé pour une réaction allergique **sévère**, pouvant exceptionnellement récidiver dans les 2 à 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.

Le médecin urgentiste doit lister ici la (les) cause(s) possible(s) de cette allergie :

Notez ici les aliments et médicaments que vous avez pris dans les heures précédant la réaction :

En attendant ce rendez-vous, aidé du médecin, **soulignez les causes possibles de votre allergie que vous devez éviter.**

Un kit d'urgence avec **DEUX stylos auto-injecteurs d'adrénaline** (Anapen®, EpiPen®, Jext®) vous a été prescrit :

*Indiquer ici le nom du stylo et sa dose*

Ils sont toujours à garder avec vous. Ils ne sont à utiliser qu'en cas de nouvelle réaction allergique **SEVERE**.

# Plan d'action en urgence sur le site [www.lesallergies.fr](http://www.lesallergies.fr)

## ALLERGIES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT = PLAN D'ACTION EN URGENCE

ENFANT :

POIDS :      kg

DATE:

AGE :

ALIMENTS A EXCLURE :

### PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGÉ

#### 1) INJECTER L'ADRÉNALINE: EPIPEN

#### RÉACTION SÉVÈRE

- Ma voix change
- Je respire mal, je siffle, je tousse
- J'ai très mal au ventre, je vomis
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête
- Je me sens mal ou bizarre, je fais un malaise

**ATTENTION ! CELA PEUT ÊTRE GRAVE  
FAITES POUR MOI RAPIDEMENT LES  
BONS GESTES**



Enlevez le capuchon bleu

Placez l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit

Enfoncez fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclac, et maintenez l'auto-injecteur enfoncé pendant 10 secondes

Puis massez la zone d'injection

#### 2) APPELER LE SAMU (15 ou 112)

#### 3) AIDER À RESPIRER :

- $\beta_2$  mimétique courte action : .....
- à répéter toutes les ..... minutes si besoin.
- corticoïde oral : .....

#### RÉACTION LÉGÈRE

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

**MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN**

#### 1) ANTIHISTAMINIQUE: .....

#### 2) SURVEILLER L'ENFANT prévenir les parents

#### 3) SI AGGRAVATION

Traiter comme une réaction sévère

*L'adrénaline sauve la vie, ma trousse doit toujours être avec moi*

# La consultation d'allergologie

- Bilan pour définir le mécanisme immunologique; le facteur déclenchant; évaluation du risque de réaction croisée; les facteurs de risque individuels (comorbidités)
- Bilan pour confirmer ou infirmer un diagnostic d'allergie avec l'autorisation de reprise de certains aliments ou médicaments ( diagnostic abusif d'allergie préjudiciable+++)
- Prise en charge thérapeutique revue avec éducation thérapeutique
- Plan d'accueil individualisé (PAI) à mettre en place

# Bibliographie

- [1] Yocum MW et al. Epidemiology of anaphylaxis in Olmsted County: a population-based study. J. Allergy Clin Immunol 1999
- [2] Gloaguen A, Cesareo E, Vaux J, Valdenaire G, Ganansia et al, Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence. Recommandations de la société française de médecine d'urgence en partenariat avec le société française d'allergologie , Ann fr Med Urgence 2016
- [3] Anaphylaxis in France: Rate, characteristics and unmet needs.L.K.Tanno, P. Demoly. Revue française d'allergologie 2017
- [4] Mortalité par anaphylaxie en France métropolitaine: anamyse des données nationales de 1979 à 2011. G. Pouessel, C. Claverie et al. Revue française d'allergologie 2017
- [5] Ben-Shoshan M, Clarke AE. Anaphylaxis: past, present and future. Allergy 2011



# Bibliographie, suite

- [6] Rôle des cofacteurs dans l'anaphylaxie alimentaire. E. Beaudoin, F. Lavaud. Revue française d'allergologie 2017
- [7] Anaphylaxie de l'enfant. G. Pouessel, A. Deschildre. Revue française d'allergologie 2017
- [8] Turner PJ, Gowland MH, Sharma V, et al. Increase in anaphylaxis –related hospitalization but no increase in fatalities: an analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992-2012. J. Allergy Immunol 2015
- [9] Grabenhenrich LB, Dolle S, Moneret Vautrin et al. Anaphylaxis in children and adolescents: the european anaphylaxis registry. J. Allergy Clin Immunol 2016
- [10] Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilo MB, Brockow K et al. Anaphylaxis: guidelines from the european academy of allergy and clinical immunology. Allergy 2014
- [11] Braganza SC, Acworth JP, Mckinnon DR, et al. Paediatric emergency department anaphylaxis : different patterns from adults, Arch Dis Child 2006

- Merci aux organisateurs de la Jama de m'avoir invitée à présenter ce sujet
- Merci de votre attention
- Bonne journée !