

QUIZZ ANAPHYLAXIE

1. L'anaphylaxie est :
 - a) Une réaction d'hypersensibilité systémique,
 - b) Une réaction généralisée,
 - c) Une réaction sévère,
 - d) Une réaction chronique inflammatoire.
2. Quels sont les principaux facteurs déclenchants chez l'enfant et chez l'adulte ?
3. Quels symptômes peut-on retrouver ?
 - a) Une atteinte cutanéomuqueuse : prurit, flush, œdème des lèvres, de la langue ou de la luette,
 - b) Une atteinte respiratoire : dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, baisse du DEP,
 - c) Hypotension,
 - d) Signes gastro-intestinaux : douleur abdominale, vomissement.
4. L'anaphylaxie apparaît rarement lors du 1^{er} contact avec l'allergène :
 - a) Vrai.
 - b) Faux.
5. Plus les manifestations cliniques apparaissent précocement après le contact avec le facteur déclenchant, plus la sévérité est importante.
 - a) Vrai.
 - b) Faux.
6. Quel est le traitement d'urgence de l'anaphylaxie ? Quel dosage doit-on faire chez l'enfant et l'adulte ? Par quelle voie d'abord ?
7. Y a-t-il des contre-indications à l'adrénaline ?
8. Si la première injection d'adrénaline n'est pas efficace dans les 5 à 10 minutes après l'injection, que faut-il faire ?
9. Dans quelle position faut-il installer son patient ?
10. En complément de l'adrénaline, quels traitements faut-il faire ?
11. En cas de bronchospasme, vous :
 - a) Allongez la personne,
 - b) Administrez un aérosol de terbutaline sous oxygène,
 - c) Administrez un aérosol de terbutaline/ipratropium sous air,
 - d) Administrez un aérosol d'adrénaline sous oxygène.
12. Quelles sont les réponses vraies : En cas de traitement Béta bloquant, il est possible de :
 - a) Diminuer les doses d'adrénaline initiales,
 - b) Augmenter les doses d'adrénaline initiales,
 - c) Injecter 2 mg de glucagon sous cutané,
 - d) Injecter 1 mg de glucagon iv.
13. Combien de temps surveille-t-on son patient après résolution de l'épisode ?
14. Qu'est-ce qu'un AIA ?
15. Pour le médecin : quelle ordonnance de sortie suite à une anaphylaxie prescrivez-vous ?

1. A, b et c :

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité allergique systémique de type 1 selon la classification de Gell et Coombs et IgE médiée (pour info, il existe des réactions d'hypersensibilité non allergique et qui ne sont pas des allergies et il existe des réactions d'hypersensibilité allergique qui ne sont pas des anaphylaxies comme les toxidermies allergiques dont le DRESS, le Lyell, etc), généralisée, sévère, pouvant engager le pronostic vital. Elle survient après un délai de quelques minutes à quelques heures suivant l'exposition à un facteur déclenchant.

2. Principaux facteurs déclenchants :

Chez l'enfant, l'aliment est le principal facteur déclenchant alors que les médicaments et les venins d'hyménoptères sont les plus fréquents chez l'adulte. Dans 20 % des cas, le facteur déclenchant n'est pas identifié. Il varie en fonction de l'âge et des zones géographiques étudiées.

En Europe, les principales causes d'anaphylaxie sont : les aliments (65 % chez l'enfant et 20 % chez l'adulte), le venin d'insectes (20 % chez l'enfant et 48 % chez l'adulte), les médicaments (4,8 % chez l'enfant et 22 % chez l'adulte).

3. A, b, c et d (on précise qu'une atteinte cutanéomuqueuse isolée ne rend pas probable l'anaphylaxie).

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.
 - Hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes.
- 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 ©.
 - 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 luette, 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.


4. Vrai.**5. Vrai.**

6. L'adrénaline précoce, par voie IM, est indiquée pour toute anaphylaxie. Elle doit être faite en IM à la posologie de 0.01 mg/kg max 0.5 mg.

Elle permet de bloquer la cascade des médiateurs de l'anaphylaxie et d'éviter une aggravation secondaire. Une réponse clinique efficace est obtenue pour la majorité des patients après une à deux injections par voie IM. Elle n'a pas d'indication pour une réaction d'hypersensibilité sans atteinte respiratoire ni cardiovasculaire, par exemple une

urticaire avec un angio-oedème de la face et une rhinorrhée (car ce n'est pas de l'anaphylaxie tout simplement). En cas d'anaphylaxie sans signe cardiorespiratoire, mais avec des symptômes digestifs, l'intérêt de son utilisation précoce est à évaluer par le praticien, en fonction des antécédents allergiques, de l'importance et de l'évolutivité des symptômes. L'anaphylaxie peut être rapidement résolutive, et l'adrénaline n'a plus d'indication. La voie IV a des indications restreintes. Des décès ont été décrits malgré un traitement rapide par adrénaline.

Chez l'enfant :



EPINEPHRINE - ADRENALINE®

Ampoule de 1 mg/1 ml ou 5 mg/5 ml
Concentration : 1 mg/ml

ANAPHYLAXIE IM

Sympathomimétique

INDICATIONS :
⇒ Choc anaphylactique : signes respiratoires et/ou circulatoires.

PREPARATION ET POSOLOGIE

- VOIE IM** = voie d'administration recommandée ; le plus précocement site face latéro externe du tiers moyen de la cuisse.
- PREPARATION : PUR.**
Prélever une ampoule de 1 mg dans une seringue de 1 ml.
- POSOLOGIE : 0,01 mg/kg (max : 0,5 mg).**

A renouveler **AU BOUT DE 5 MIN** si aggravation ou réponse clinique insuffisante.

Poids	< 20 kg	20 - 40 kg	> 40 kg
Âge	< 6 ans	6-12 ans	> 12 ans
Volume (ml)	0,15	0,3	0,5
Dose (mg)	0,15	0,3	0,5



SURVEILLANCE :

- Scope.
- PA, FC toutes les 5 minutes.

CONTRE INDICATION :

- Pas de contre indication si urgence vitale.

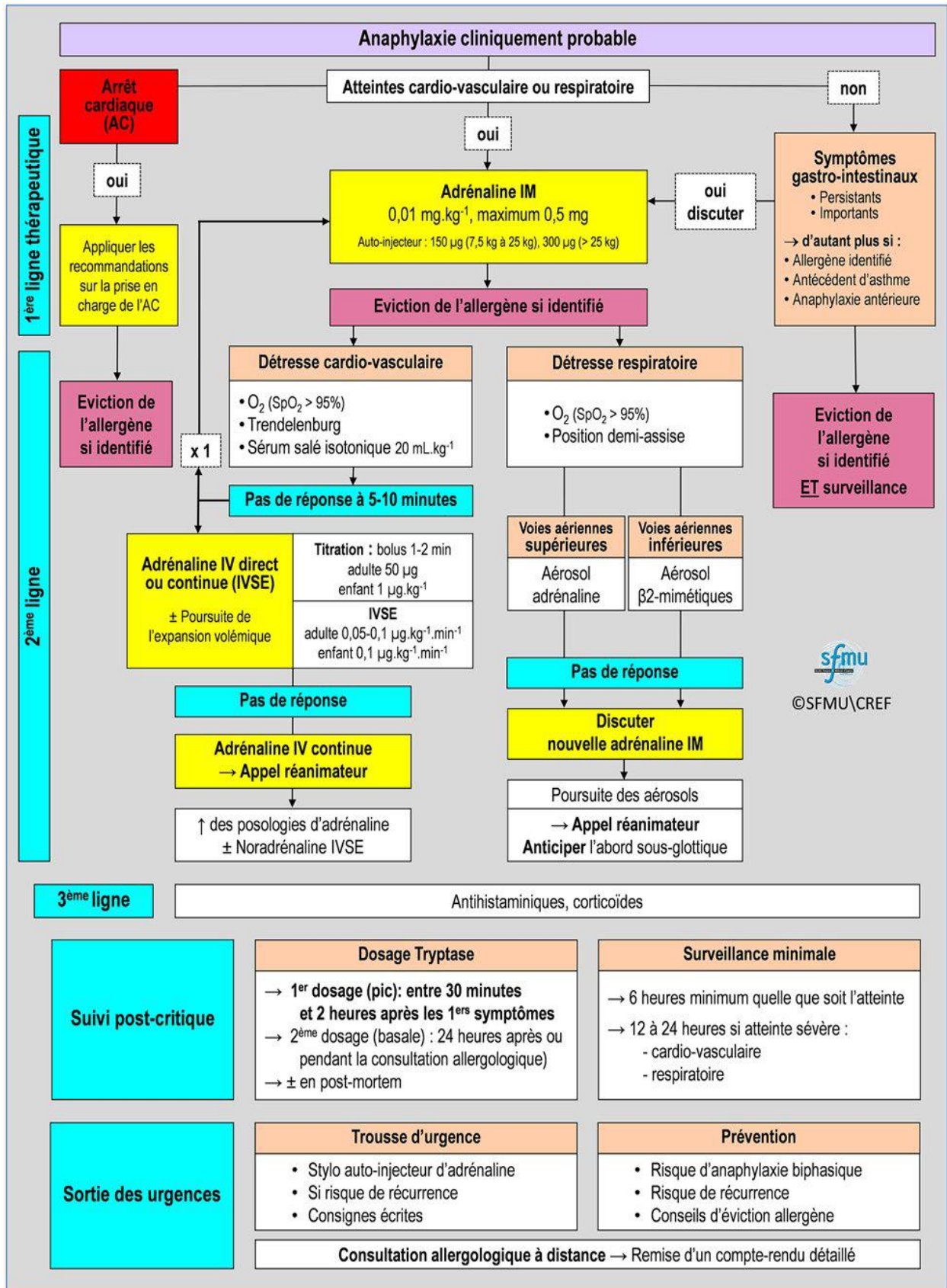
EFFETS INDÉSIRABLES :

- Risques de palpitations, hypertension, tachycardie, sueurs, vomissements.

7. Non pas dans l'anaphylaxie.

8. Une 2^{ème} injection IM à la même posologie.

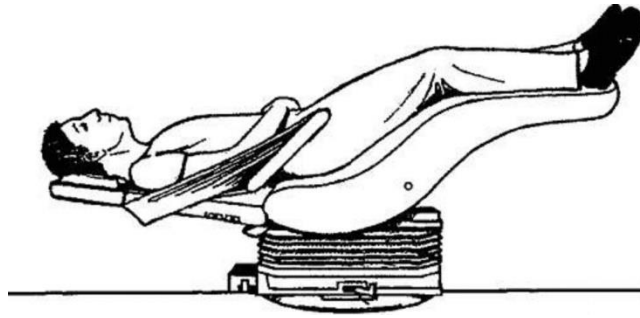
Ensuite si pas de réponse, on passe à de l'adrénaline IV.



9. Si gêne respiratoire : installation en position demi assis.

Si pas de gêne respiratoire : position allongée avec surélévation des membres inférieurs.

Si patient inconscient : installation en PLS.



10. Eviction de l'allergène, O₂ à 15 l/min et remplissage au sérum salé isotonique uniquement en cas de choc.

Concernant les antihistaminiques, ils ont une place en tant que traitement de confort dans l'anaphylaxie vraie. Ils permettent de diminuer la sensation de prurit mais n'ont aucun effet sur l'anaphylaxie ou le choc en tant que tel. Ils doivent être proposés au patient si persistance de prurit, de lésion d'urticaire ou d'angioedème après l'injection d'adrénaline si tous les autres signes cliniques ont disparu.

11. Réponse b.

Dans ce cas l'O₂ est recommandé. L'aérosol d'adrénaline peut être prescrit en cas d'œdème laryngé.

Concernant les corticoïdes dans la PEC initiale :

Pas de place des corticoïdes : toutes les études y compris dans l'anaphylaxie biphasique ont échoué à mettre en évidence leur efficacité. En pratique, cela reste administré en cas de choc réfractaire, d'anaphylaxie biphasique ou de bronchospasme sans preuve scientifique formelle.

12. Réponse b, réponse d.

13. Surveillance scope 6h.

Si atteinte respiratoire ou cardiovasculaire sévère : surveillance 12 à 24h.

14. Un AIA est un auto injecteur d'adrénaline. On les trouve sous les noms d'Epipen[®], d'Anapen[®], de Jext[®] ou Emerade[®].

Trois présentations sont disponibles à 0,15 mg/0,3 ml pour les moins de 25 kg ou 0,30 mg/0,3 ml pour les plus de 25 kg ou 0,50 mg/0,5 ml pour les poids > 60 kg. Ils peuvent être conservés à température ambiante. Ils sont à usage unique et peuvent être faits à travers les vêtements.

15. Pour le traitement de sortie :

En cas d'allergie médicamenteuse : carte d'allergie provisoire de l'ensemble de la classe médicamenteuse (ex : bêtalactamine pour une réaction à l'amoxicilline ou aux céphalosporines) avec contre-indication de prendre ces médicaments. Pas d'indication à la prescription d'un stylo d'adrénaline ou d'antihistaminique.

En cas d'allergie au venin ou alimentaire : trousse d'urgence comprenant une boîte d'antiH1 avec la consigne de prendre 2 cp si atteinte cutanée isolée et AIA : 2 stylos si atteinte autre que cutanée.