

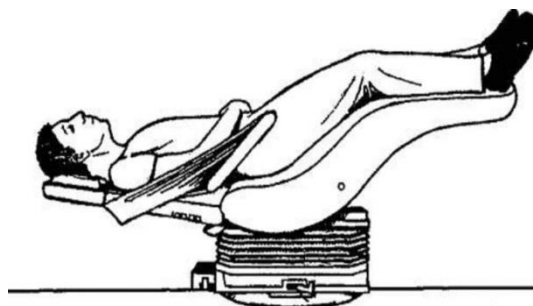
## CAS CONCRETS ANAPHYLAXIE

1. Vous partez en intervention pour une femme de 63 ans ayant fait un malaise. Elle est actuellement traitée par augmentin® pour une pneumopathie.  
A l'arrivée elle est au sol, somnolente mais consciente. On constate un érythème généralisé. La patiente a des douleurs abdominales et a vomi une fois.  
Le médecin pense à une anaphylaxie. Quelles sont vos premières actions ?
2. Vous prenez en charge Juliette, 9 ans, allergique connue aux arachides et ayant été mise en contact par inadvertance lors d'un apéritif familial. Sa maman lui a administré l'adrénaline IM, les corticoïdes et les antihistaminiques oraux.  
A votre arrivée Juliette est stable et n'a plus aucun signe de gravité, vous lui annoncez qu'elle va être transportée à l'hôpital, elle se met à pleurer et dit qu'elle ne veut pas y aller, que faites-vous ?
3. Vous prenez en charge un patient de 65 ans en anaphylaxie (bronchospasme et hypotension) avec coronaropathie connue. L'adrénaline IM est-elle contre-indiquée ?
4. Vous prenez en charge une femme de 71 ans (aux ATCD d'HTA traitée par Coversyl®) pour une détresse respiratoire avec œdème asymétrique de la luette. Vous avez débuté un traitement par adrénaline, qui n'est pas efficace. A quoi pensez-vous ? Quelle est la thérapeutique, et où se situe le médicament dans votre véhicule smur et dans votre service d'urgence ?

## REPONSES

### 1. Proposition :

Installation en position allongée avec jambes surélevées.



Le médecin examine la patiente et l'interroge ainsi que l'entourage. Il prescrit oralement l'adrénaline IM.  
L'infirmier prépare l'adrénaline 1mg pure et injecte 0.5 mg en IM dans la face antéroexterne du tiers moyen de la cuisse.

Puis L'IDE prépare et pose la VVP.

L'ambulancier pose le scope en réglant un intervalle de prise de PNI toutes les 2 minutes.

Oxygène à 15l/min.

Arrêt de l'augmentin.

2. Expliquer à Juliette et à sa maman que c'est important et nécessaire que Juliette soit surveillée à l'hôpital au moins 6 heures (12h à 24h si atteinte cardio et/ou respiratoire) par rapport au risque d'évolution bi phasique dans les 4 à 12h après l'apparition des premiers symptômes.
3. Non pas de contre-indication absolue en cas de diagnostic clinique d'anaphylaxie.
4. Angio œdème bradykinique non histaminique.  
Œdème localisé ayant des causes héréditaires ou iatrogènes. Dans ce cas cause iatrogène lié à la prise de coversyl® (IEC).  
Adrénaline et corticoïdes inefficaces. Pronostic vital engagé si atteinte des voies aériennes supérieures.  
Traitement : firazir® (en première intention dans les angioœdèmes bradykiniques aux IEC) ou ruconest® ou berinert® selon procédure RENAU.