



<b>Référence :</b>	<b>Titre : Anaphylaxie de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b> Service d'Accueil des Urgences	Page :1/5 Date d'émission : 04/07/2022 Date dernière révision :
<b>Rédaction :</b> Nom : CISSE Atoumane Fonction : PHC urgences	<b>Vérification :</b> Nom : SECK Alexandre Fonction : PHC urgences	<b>Vérification :</b> Nom : DESCHAMPS Camille Fonction : PHC urgences
<b>Approbation :</b> Nom : FREMERY Alexis Fonction : CCU – AH urgences	<b>Approbation :</b> Nom : PUJO Jean Fonction : Chef de service	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :
<b>Ont collaboré à la rédaction :</b>	<b>Visa qualité :</b>	
<b>Services concernés par application :</b> Urgences, SAMU, SMUR		
<b>Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</b>		



## I- OBJET

Reconnaitre la réaction allergique, l'anaphylaxie et le choc anaphylactique et définir leur prise en charge.

## II- PERSONNES CONCERNÉES

Médecins, internes, infirmiers

## III- TEXTE DE REFERENCE

- Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en partenariat avec la SFA et le GFRUP et le soutien de la Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP2A) 2016
- Collège français des anesthésistes réanimateurs

## IV- DEFINITIONS

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité (allergique), systémique, généralisée, sévère, pouvant engager le pronostic vital

Les critères cliniques d'anaphylaxie sont définis par **Sampson**



Référence :	Titre : <b>Anaphylaxie de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :2/5
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 04/07/2022 Date dernière révision :

Une anaphylaxie est probable quand l'une de ces trois situations cliniques apparaît brutalement

<b>1</b>	Installation aiguë (en minutes ou quelques heures) d'une pathologie avec atteinte cutanée et/ou des muqueuses (urticaire ou érythème généralisé, prurit, oedème facial (lèvres, langue, lchette)) et au moins un des critères suivants: - atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme, stridor, Peak Flow diminué, hypoxémie) - hypotension ou signes d'hypoperfusion périphérique (hypotonie, collapsus, syncope, incontinence).
<b>2</b>	Au moins 2 atteintes qui s'installent rapidement après exposition à un probable allergène ou autre facteur déclenchant* pour le patient (minutes ou quelques heures après l'exposition) : - atteinte cutanée et/ ou des muqueuses (urticaire ou érythème généralisé, oedème facial (lèvres, langue, lchette)) - atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme, stridor, Peak Flow diminué, hypoxémie) - atteinte hémodynamique (hypotonie, collapsus, syncope, incontinence) - atteinte gastro-intestinale (crampes abdominales, vomissements, diarrhée).
<b>3</b>	Hypotension artérielle après exposition à un allergène connu pour le patient: - De 1 mois à 1 an, PAS < 70 mmHg. - De 1 à 10 ans, PAS > 70 + (2 x 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.

## V- CLASSIFICATION

- **GRADE I : URTICAIRE** : signes cutanéomuqueux locaux ou généralisés sans atteinte viscérale.
- **GRADE II : ANAPHYLAXIE SANS CHOC** : atteinte multi viscérale modérée (signes cutanéomuqueux, hypotension, symptômes gastro-intestinaux, tachycardie inhabituelle, hyperréactivité bronchique).
- **GRADE III : CHOC ANAPHYLACTIQUE** : atteinte viscérale sévère (collapsus, tachycardie ou bradycardie, bronchospasme, œdème de Quincke).
- **GRADE IV : ARRET CIRCULATOIRE ET/OU RESPIRATOIRE.**

## VI- PRISE EN CHARGE

- **MISE EN CONDITION** : voie veineuse + SSI  
Scope, PANI, SPO2
- **TRAITEMENT** :
  - Arrêt immédiat de toute drogue, médicament, colloïdes et les dérivés sanguins en cours.
  - O2 : objectif SPO2 > 95%
  - Remplissage vasculaire : SSI 20ml/kg en 20 min si hypotension
  - **Adrénaline: en titration selon les cas** :
    - ✓ Urticaire isolé : Pas d'adrénaline



Référence :	Titre : <b>Anaphylaxie de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :3/5
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 04/07/2022 Date dernière révision :

- ✓ Anaphylaxie sans choc : discuter Adrénaline en IM en cas de symptômes sévères : 0,01mg/kg (max 0,5mg) toutes les 5 à 15 minutes
- ✓ Choc anaphylactique : Adrénaline IV 50 µg toutes les 2 minutes puis IVSE 0,05 µg/kg/min
- ✓ Arrêt cardio respiratoire : Réanimation

▪ **Antihistaminique** : Polaramine : 5 mg

- ✓ Urticaire isolé : 1 ampoule de 5 mg à renouveler si besoin
- ✓ Anaphylaxie avec ou sans choc : en relais de l'Adrénaline

▪ **Corticoïdes** :

- ✓ Urticaire isolé : pas de corticoïdes
- ✓ Anaphylaxie avec ou sans choc : Methylprednisolone ( Solumedrol) : 1mg/kg en IVL ou per os

▪ **β2-mimétiques d'action rapide** : En cas de bronchospasme associé : Terbutaline ( Bricanyl) 10mg

en nébulisation ;

▪ **Aérosol Adrénaline** : 1mg dans 5 ml de Nacl : en cas d'atteinte des voies aériennes supérieures

▪ **Glucagon** : 1 à 2 mg IVD à renouveler après 5 min en cas d'inefficacité de l'Adrénaline chez le patient traité par Béta bloqueur

➤ **PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE** :

- 🕒 Eviction de l'allergène si identifié
- 🕒 Dosage Triptase : entre 30 min et 2 heures après début des signes
- 🕒 **Surveillance : 6 heures minimum ( 24 heures si sévère)**
- 🕒 **Prescription de sortie** :
  - ✓ Fiche conseils
  - ✓ Consultation allergologie
  - ✓ Deux stylos auto injectables d'Adrénaline
  - ✓ Ventoline si bronchospasme
  - ✓ Prednisolone et Antihistaminique pendant 3 à 5 jours

## VII- ANNEXES

### 1. Algorithme de prise en charge de l'anaphylaxie





