

# Prise en charge du choc anaphylactique aux urgences

Journées d'échange entre les 2 rives  
Tissimsilt, Algérie, 26 Mai 2012



Dr Sihem OUAR  
SAU du CHU Henri Mondor (94)



## Cas clinique 1

Une jeune femme de 28 ans est piquée par un insecte à son domicile.

Rapidement, elle décrit un état de malaise général, avec picotements palmo-plantaires et péri-buccaux, céphalées et vertige

# Quel est votre diagnostic ?

# 2 hypothèses

Réaction anaphylactique?

Choc anaphylactique?

# Réaction anaphylactique

→ le diagnostic de choc ne sera affirmé qu'après mise en évidence de l'hypotension artérielle.

# Signes hémodynamiques

Vasodilatation diffuse  
↗ perméabilité capillaire

↘ retour veineux et débit  
cardiaque  
Mécanismes compensateurs

Choc avec hypoxie et lésions  
ischémiques (cérébrales, cardiaques,  
rénales...)



Les piqûres d'insecte sont  
les causes les plus  
fréquentes ?

**FAUX**

**Médicaments (iatrogénie)  
Alimentaire  
Venins d'hyménoptères**

## Suite...

- L'examen clinique:  
hémodynamique normale  
œdème du visage.
- Quel est votre diagnostic?



# Œdème de Quincke

Urticaire profonde

Œdème des tissus dermique  
et hypodermique

# Quel traitement prescrivez vous?

1. Corticoïdes IV?

2. Antihistaminique?

3. Adrénaline?

4. Oxygénothérapie?

## Traitement préconisé

- Corticoïdes IV
  - Anti-histaminique
  - Adrénaline
- Si angioedème avec atteinte laryngée : O<sub>2</sub>,  
voire intubation si signes de gravité

<b>1. Symptômes mineurs</b> (rhinite et/ou conjonctivite)	-Anti-histaminique H1 oral -Si persistance après 15 minutes : corticoïde oral
<b>2. Symptôme localisé</b> (Bronchospasme)	- $\beta$ 2-mimétique d'action rapide -Corticothérapie orale ou injectable (IM/IV) -Oxygénothérapie
<b>3. Anaphylaxie modérée</b> (urticaire diffus, prurit)	-Anti-histaminique & Corticoïdes IV (ou IM)
<b>4. Anaphylaxie sévère</b> (malaise, œdème de Quincke)	-Corticoïdes IV et anti-histaminique -Adrénaline IM 0,01 mg/kg=0,3 à 0,5 mg (adulte) -Si angioedème avec atteinte laryngée : O <sub>2</sub> , voir intubation si signes de gravité
<b>5. Choc anaphylactique</b>	-O <sub>2</sub> et LVS - $\beta$ 2-mimétique inhalé -Adrénaline IM ou IV -Remplissage vasculaire +++, adrénaline, MCE -Corticoïdes IV et anti-H1

# Réaction cutanée généralisée urticaire, angio- oedème, érythème

- 1° Voie veineuse périphérique
- 2° Antihistaminique IV (ex: polaramine 1 amp IVD)
- 3° Méthylprednisolone (Solumédrol®) 1mg/kg IVL
- 4° Monitoring: TA FC Saturation O2, ECG
- 5° Si pas d'amélioration : Adrénaline 0.3-0.5mg IM

# Signes et symptômes respiratoires

1° Oxygène

2° Adrénaline 1-3mg aérosol (1-3 amp. diluée dans 1-2cc NaCl)

3° Voie veineuse périphérique

4° Antihistaminique IV

5° Méthylprednisolone (Solumédrol®) 1mg/kg iv lent

6° Monitoring ECG

7° Si aucune amélioration : Adrénaline 0.3-0.5mg (0.5 à 1 mg d'adrénaline dans 10 ml de sérum physiologique à titrer ml par ml en IVD++, sinon en SC ou en IM à l'aide d'un kit auto-injecteur (anakit anahelp)

# Etat de choc

- 1° Oxygène
- 2° Adrénaline 0.5mg IM ou SC
- 3° Voie veineuse périphérique
- 4° Remplissage rapide par cristalloïdes
- 5° Monitoring ECG
- 6° Si non réponse : Adrénaline à doses filées 0.1mg iv
- 7° Répéter toutes les minutes si nécessaire (dose max. 0.5mg)
- 8° Méthylprednisolone (Solumédrol®) 1mg/kg IVL (prévenir les oedemes)
- 9° Antihistaminique

# L'adrénaline peut être injectée par voie intra- musculaire ?

# VRAI

- **0,01 mg / kg action en 5 minutes IM**  
(bras ou cuisse) 0,3 à 0,5 mg (adulte).
- Risque de nécrose cutanée au point d'injection
- à répéter si besoin (tension artérielle basse...) au bout de 30 minutes

Après résolution des signes, la patiente  
peut rentrer chez elle?

# FAUX

Évolution biphasique: 5 à 20%  
Surveillance clinique de 12 heures

# Cas clinique 2

- ✓ Monsieur M âgé de 34 ans
- ✓ Piqûre de guêpe (vendanges)
- ✓ Malaise avec perte de conscience
  
- ✓ Pouls imprenable
- ✓ SAMU 45 minutes
- ✓ Massage cardiaque externe
- ✓ Intubation, voie veineuse périphérique
  
- ✓ Adrénaline, récupération d'une activité circulatoire
- ✓ État végétatif persistant

## Question N°1

Le choc anaphylactique est une maladie grave avec une mortalité élevée ?

**FAUX**

Taux de mortalité: 1%

## Question N°2

La corticothérapie est le traitement de première intention du choc anaphylactique ?

**FAUX**

**2° intention**  
**Intérêt discuté**

## Question N°3

Certains traitement anti-hypertenseurs  
peuvent aggraver le pronostic?

# VRAI

Bêtabloquants  
Inhibiteurs calciques, IEC...

## Anahelp

- ✓ Adrénaline disponible en ville (1 mg/ml)
- ✓ Face antéro-latéral de la cuisse
- ✓ Ailettes avec paliers de 0,25 mg
  
- ✓ Conservation 2 à 8° à l'abri de la lumière
  - ✓ Quelques semaines à température ambiante
  - ✓ Coloration
  - ✓ Absence d'effets toxique en cas de dégradation

## Cas clinique 3

- Vous êtes de garde et on vous appelle au lit d'une patiente de 60 ans qui présente un malaise.
- L'interrogatoire est difficile mais elle vous dit que ça la gratte partout et qu'elle a du mal à respirer. Elle n'a pas de douleur thoracique.
- A l'examen la patiente est polypnéique à 25/mn, le pouls est difficilement perceptible, la TA systolique à 80 mm Hg et la fréquence cardiaque à 105/mn. La SpO<sub>2</sub> est à 89% en air ambiant. La peau est chaude, sans marbrures, mais montre les éléments suivants (cf photo).
- L'auscultation retrouve des râles sifflants. L'examen de la cavité buccale retrouve un œdème de la luette et des lèvres.



## Cas clinique 3

- ATCD allergiques: aux fruits de mer et à certaines noix.
- Vous apprenez par l'infirmière de nuit que la patiente avait été hospitalisée pour une exacerbation de BPCO. Que la patiente est hypertendue et qu'elle est traitée par bêta-bloquants.
- L'infirmière vous dit et qu'elle a branché une perfusette d'amoxicilline 10 minutes avant que la patiente appelle.
- L'ECG est sans particularité

**1. Quel diagnostic évoquez vous en 1<sup>ère</sup> hypothèse ?**

## ■ **Urticaire, angio-œdème (œdème de Quincke) et bronchospasme avec choc anaphylactique.**

- Urticaire : éruption faite de papules et de plaques érythémateuses dont l'une est plus claires en leur centre, notion de prurit.
- Angio-œdème : lèvres et de la luette
- Bronchospasme: auscultation.
- Collapsus: TA basse

(NB l'absence de franche tachycardie peut être en rapport avec le fait que la patiente est sous bêta-bloquants)

## ■ **Arguments pour l'origine anaphylactique :**

- association à des manifestations cutanéomuqueuses (urticaire, angio-œdème) et respiratoires (bronchospasme)
- administration dans les minutes qui précèdent l'évènement d'une substance connue pour produire des réactions anaphylactiques (amoxicilline)

### 3. La biologie pourrait-elle vous aider pour authentifier rapidement la nature de cet état de choc ?

## ■ Biologie standard :

- aucun intérêt diagnostique en phase aiguë du choc

## ■ Médiateurs libérés par le mastocyte ou le basophile

- Choc (accident per-opératoire notamment), leur identification permet d'apporter a posteriori un argument médico-légal en faveur du diagnostic de choc anaphylactique
- dosage de l' **histamine** délicat car  $\frac{1}{2}$  vie brève (15 min), rapidement indétectable, sauf dans les formes sévères
- dosage de la **tryptase** plus fiable, détectable dans le sang dès la  $\frac{1}{2}$  h qui suit le choc et jusqu'à 10 h après. Une tryptasémie normale n'élimine cependant pas le diagnostic
- grand intérêt dans un choc de nature indéterminé car il signe de façon quasi certaine sa nature anaphylactique

## 4. Quelle est votre prise en charge thérapeutique de 1<sup>ère</sup> intention ?

- Arrêt immédiat de l'administration de la substance incriminée (perfusette d'amoxicilline)
- Adrénaline : 0,5 mg IM (puis par voie veineuse dès que disponible), à répéter si besoin au bout de quelques minutes (si non réponse tensionnelle)
  - La voie sous-cutanée n'est à proposer que par défaut (la pharmacocinétique de l'adrénaline est trop aléatoire par cette voie)
- Oxygène (pour obtenir une SpO<sub>2</sub> > 90%)
- Voie veineuse de bon calibre
- Expansion volumique prudente (car ATCD d'HTA) par des solutés de remplissage faiblement allergisant (cristalloïdes)
- β<sub>2</sub>-mimétique inhalé en aérosol

## Traitement suite...

### ■ Corticoïdes :

- Ne sont pas le traitement d'urgence du choc anaphylactique car leur action est retardée. Prescription possible pour leur rôle anti-oedémateux et dans la prévention des rechutes précoces.

### ■ Anti-histaminiques :

- Ne sont pas non plus un traitement d'urgence du choc. Ils sont actifs sur l'urticaire et le prurit.

**5. Malgré votre traitement l'état de la patiente reste inchangé, quelle pourrait en être l'explication ?**

# Le fait que la patiente soit sous béta bloquants

# 5. Que proposez vous ?

- **Adrénaline par voie veineuse** sous forme diluée (1 mg dans 10 ml) en IV de 0,1 mg répétés toutes les 5 minutes
- **Si inefficace** on administre du **glucagon** à raison de 1 mg IV, à renouveler toutes les 5 min (peut être donné en ss-cut. ou i.m.)
- Le glucagon a un effet inotrope et chronotrope non médié par les récepteurs  $\beta$ .

## 7. Quelles sont vos propositions thérapeutiques à la sortie de la patiente ?

- **Traitement médicamenteux :**
  - Corticoïdes oraux et un anti-histaminique (5 à 6 jours). Prévoir le remplacement du  $\beta$ -bloquant par une autre classe thérapeutique avec son cardiologue
  
- **EDUCATION +++ :**
  - éviter les médicaments mis en cause = Amoxicilline CI à vie sauf si désensibilisation.
  - Utiliser avec précaution les autres antibiotiques, en particulier les autres B lactamines.
  - Prévoir hospitalisation si indication à la mise en place d'une B lactamines
  
- Donner une carte à la patiente mentionnant l'ATCD de choc anaphylactique à l'amoxicilline

# Prescriptions

## ■ Prévoir un bilan allergologique

- en précisant à l'allergologue l'ensemble des médicaments administrés au moment de l'accident.

## ■ La prescription d'une trousse d'urgence d'adrénaline auto-injectable

- est recommandée pour les allergènes ubiquitaires (venins d'hyménoptères ou aliments notamment).
- son utilité est discutée pour les allergies médicamenteuses car les allergènes non-ubiquitaires sont par définition évitables.
- l'information du patient et de son entourage sur son mode d'utilisation est nécessaire +++

# Épidémiologie

- ✓ 1,2% à 15% de la population générale
- ✓ 0,02% des hospitalisations
- ✓ Taux de mortalité: 1%
  
- ✓ **EU: décès sur 280 millions d'habitants**
  - ✓ 800: antibiotiques (bêtalactamines)
  - ✓ 150: origine alimentaire
  - ✓ 50: venins d'hyménoptères

# Gravité: 4 stades

## ✓ Stade 1

- ✓ Prodromes inconstants
- ✓ Mise en route du traitement à ce stade
- ✓ Prurit, flush, urticaire, angio-œdème
- ✓ Angoisse

✓ Apparition rapide après exposition

✓ Moins de 2 heures après ingestion

## Stade 2

- ✓ **Manifestations respiratoires:**
  - ✓ Rhinorrhée, dysphonie, dyspnée
- ✓ **Manifestations cardiovasculaires**
  - ✓ Tachycardie, trouble du rythme
- ✓ **Manifestations digestives**
  - ✓ Nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales.

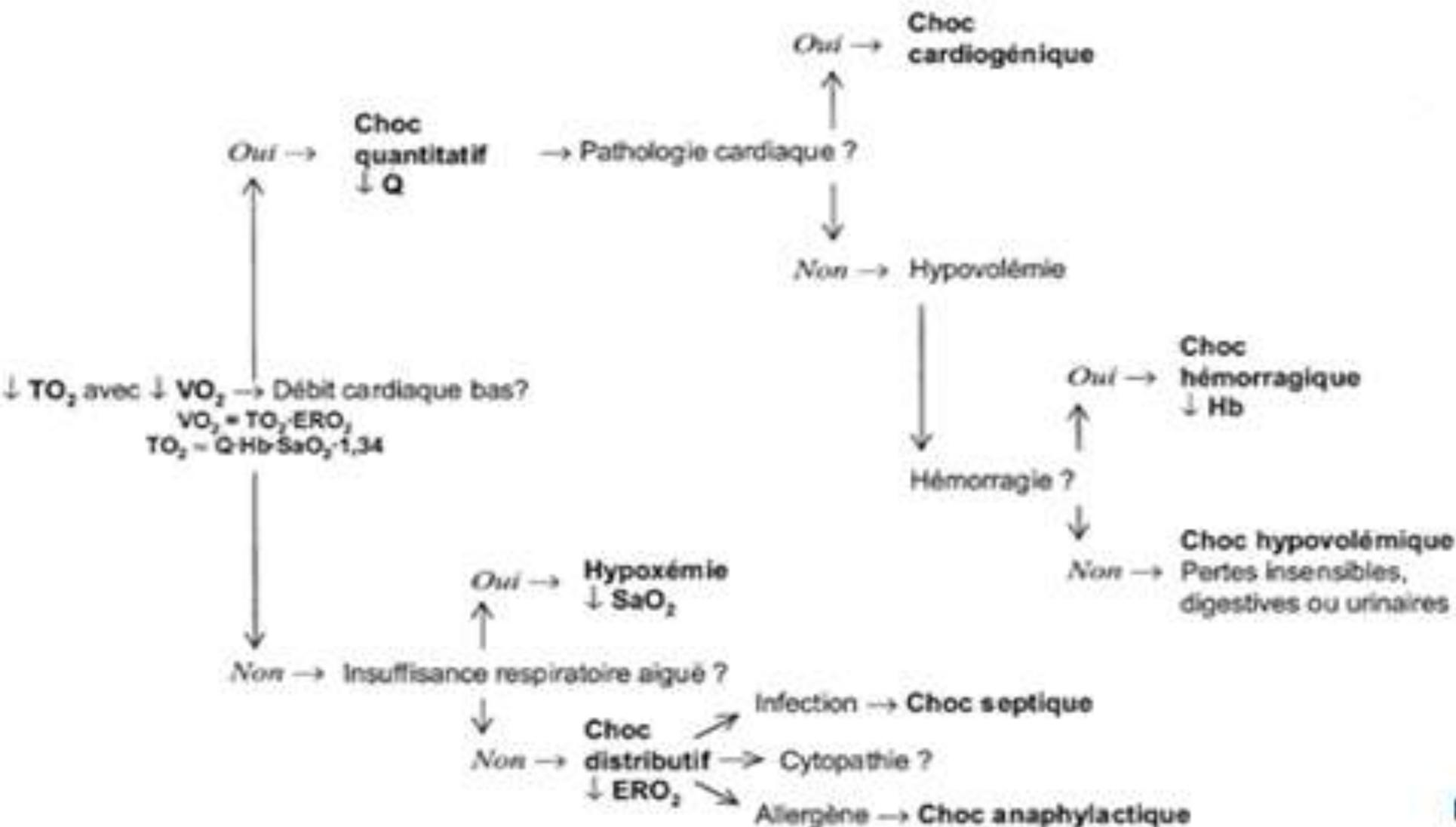
## Stade 3

- ✓ Stridor, wheezing
- ✓ Hypotension
- ✓ Confusion, obnubilation

**Recours aux services spécialisées  
(réanimation)**

## Stade 4

- ✓ Détresse respiratoire
- ✓ Collapsus cardiovasculaire
- ✓ Perte de connaissance
  
- ✓ État de mal convulsif
- ✓ Arrêt respiratoire
- ✓ Arrêt cardiaque



# MERCI POUR VOTRE ATTENTION