

# Prise en charge d'un choc anaphylactique

## Signes cliniques

- GRADE I** Signes cutanéomuqueux généralisés : érythème, urticaire avec ou sans œdème angioneurotique.
- GRADE II** Atteinte multiviscérale modérée avec signes cutanéomuqueux, hypotension et tachycardie inhabituelles, hyperréactivité bronchique (toux, difficulté ventilatoire).
- GRADE III** Atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant un traitement spécifique ; collapsus, tachycardie ou bradycardie, troubles du rythme cardiaque, bronchospasme. Les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'après la remontée tensionnelle.
- GRADE IV** Arrêt circulatoire et/ou respiratoire

www.sfar.org

L'absence de tachycardie, de signes cutanés, n'exclut pas le diagnostic d'une réaction anaphylactoïde.

## Traitement

- arrêt si possible de l'injection du produit suspecté
- information de l'équipe chirurgicale (abstention, simplification, accélération ou arrêt du geste chirurgical)
- oxygène pur
- **contrôle rapide des voies aériennes**
- voie veineuse efficace
- **appel aide urgente**
- **ADRENALINE IV** par titration, toutes les 1 à 2 min, en fonction du grade (cf. supra).

▼ Appel urgent  
Bip

- **Grade I** : pas d'adrénaline
- **Grade II** : bolus de 10 à 20 µg
- **Grade III** : bolus de 100 à 200 µg
- **Grade IV** : arrêt circulatoire

*La tachycardie ne contre-indique pas l'utilisation d'adrénaline*

- massage cardiaque externe
- **ADRENALINE BOLUS** de 1 mg toutes les 1 à 2 minutes puis 5 mg à partir de la 3<sup>e</sup> injection, à renouveler
- mesures habituelles de réanimation d'une inefficacité cardiocirculatoire

Les doses d'adrénaline doivent être augmentées rapidement, relayées par l'**adrénaline** en perfusion continue : (0,05 à 0,1 µg·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup>)

- **Remplissage vasculaire concomitant** : cristalloïdes isotoniques (30 mL·kg<sup>-1</sup>) puis amidons (30 mL·kg<sup>-1</sup>)

## Cas particuliers

### BRONCHOSPASME

- **salbutamol (Ventoline®)** avec Aérovent®
- si résistance au traitement ou si forme d'emblée sévère
  - ◆ **salbutamol IV (Salbumol®)** en bolus 100 et 200 µg en perfusion continue (5 à 25 µg·min<sup>-1</sup>)
  - ◆ formes les plus graves : perfusion continue d'adrénaline
  - ◆ les corticoïdes ne représentent pas le traitement de première intention

### FEMME ENCEINTE

- **éphédrine 10 mg IVD** toutes les 1 à 2 minutes (dose totale 0,7 mg·kg<sup>-1</sup>) et **décubitus latéral gauche**
- **si inefficacité de l'éphédrine, donner rapidement de l'adrénaline**

### PATIENT TRAITE PAR β-BLOQUANTS

- augmenter la posologie d'adrénaline
  - si inefficacité de l'adrénaline : **glucagon (Glucagen®)** (1 à 2 mg IVD) à renouveler toutes les 5 minutes
- Collapsus cardiovasculaire réfractaire à l'adrénaline : **Noradrénaline®** (0,1 µg·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup>)

Adresse du laboratoire

## Investigations allergologiques

Adresse du centre  
d'allergo-anesthésie

### Prélèvements immédiats

**Quoi ?** dosage histamine, tryptase et IgE spécifiques (curares, latex, thiopental)

**Quand ?** 30 à 60 minutes après la réaction

**Comment ?** 1 tube sec (7 mL) et 1 tube EDTA (7 mL) et envoi au laboratoire local dans les 2 heures ou stockage réfrigérateur à 4 °C pendant 12 h maximum

### Tests cutanés secondaires

**Quand ?** 4 à 6 semaines après

**Où ?** Centre diagnostique d'allergo-anesthésie

**Documents à joindre** : résultats des prélèvements immédiats, feuille d'anesthésie

**Déclaration au centre régional de pharmacovigilance, en utilisant le formulaire disponible sur le site**

[www.sfar.org](http://www.sfar.org)