

	<b>SAMU 49 - SMUR Angers</b>	<b>0800-DO-THE-07</b>
	<b>Protocole thérapeutique</b>	
	<b>Allergie - Anaphylaxie</b>	
		V1 04/02/2015
		Version initiale 04/02/2015

<b>Rédaction</b>	<b>Validation</b>
E. Friou - Assistante - SAMU 49	F. Templier - PH Chef de Service - SAMU 49

### 1) Objectifs

- Rappeler les différentes situations cliniques devant faire évoquer une manifestation allergique.
- Définir les éléments permettant d'harmoniser la prise en charge en SMUR (thérapeutique, transport, orientation).
- Décrire la prise en charge du principal diagnostic différentiel : Angio-œdème bradykinique.

### 2) Remarques préliminaires

- Rechercher le facteur déclenchant, éviction de l'allergène supposé responsable, retirer le dard.
- Penser aux réactions allergiques pouvant être induites par les soins du SMUR : médicaments, matériel (latex,...).
- **Signes cutanéomuqueux pouvant être absents** ou n'apparaître qu'après stabilisation hémodynamique.
- **Risque de décès écarté au delà de 6h** après le contact avec l'allergène.
- Indications de l'ECG : si douleur thoracique et/ou avant injection d'adrénaline (ECG de référence).
- Diagnostic différentiel : Angio-œdème bradykinique (≠ de l'anaphylaxie histaminique)

### 3) Grades de sévérité

Grade	Clinique
1	<b>Atteinte cutanéomuqueuse isolée :</b> - Urticaire aiguë superficielle isolée Et/ou - Angio-œdème sans atteinte respiratoire ni laryngée
2	<b>Atteinte multiviscérale modérée (+/- Grade 1):</b> - Dyspnée, toux Et/ou - Tachycardie Et/ou - Signes digestifs Et/ou - Agitation, convulsions
3	<b>Atteinte multiviscérale sévère (+/- Grade 1):</b> - Insuffisance respiratoire aiguë dont angio-œdème avec atteinte respiratoire Et/ou - Etat de choc (hypoPA...), dysrythmie cardiaque Et/ou - Troubles de vigilance, coma
4	<b>ACR</b>

(D'après SFAR 2009 adapté de la classification de *Ring et Messmer*)

### 4) Prise en charge Grade 1

<u>Remarques - Points particuliers</u>	<u>Prise en charge</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque de décès écarté au delà de 6 heures après le contact avec l'allergène, justifiant de la différence entre évacuation si moins de 6 heures et LSP si plus de 6 heures.</li> <li>- Anti-histaminique : anti-prurigineux</li> <li>- Corticoïdes uniquement pour diminuer la durée des symptômes et limiter les réactions retardées biphasiques à 48 h (Réapparition des signes sans nouveau contact avec l'allergène)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Polaramine</b> 5 mg IV ou anti-histaminique PO (si disponible à domicile)</li> <li>- <b>Solumédrol</b> 1mg/kg IV ou corticoïdes PO (si disponible à domicile)</li> <li>* <i><u>Si atteinte cutanéomuqueuse &lt; 6h</u></i></li> <li>- Transport non médicalisé vers les urgences (surveillance &gt; 6-8 h)</li> <li>* <i><u>Si atteinte cutanéomuqueuse &gt; 6h</u></i></li> <li>- Laisser sur place (sauf autre raison d'évacuation)</li> <li>- Ordonnance: Anti-histaminique PO, Corticoïdes PO 48h</li> <li>- Consultation médecin généraliste &lt; 24h pour éducation, et conseiller RDV allergologue.</li> </ul>

## 5) Prise en charge Grade 2

### Remarques - Points particuliers

- Atteinte systémique débutante, justifiant l'adrénaline IV à très faibles doses
- Aucune indication de l'adrénaline inhalée
- Corticoïdes : intérêt idem Grade 1

### Protocole de dilution adrénaline au 100<sup>ème</sup> :

- Prélever 1 mg (1 ml) d'adrénaline dans une seringue de 10 ml,
  - Diluer avec EPPI dans 10 ml,
  - Jeter 9 ml,
  - Diluer à nouveau avec EPPI dans 10 ml
- Dilution finale : 0,01 mg/ml (10 µg/ml)**

### Prise en charge

- Monitoring et O<sub>2</sub> MHC
- VVP, NaCl 0,9% et expansion volémique (jusqu'à 30 ml/kg)
- **Adrénaline** : - adultes : IV : 10-20 µg/2 min, jusqu'à amélioration
  - enfants : Pas de recommandation claire à ce grade chez l'enfant. Si doute sur grade 2 ou 3, appliquer les doses du grade 3
- Secondairement : - **Polaramine** 5 mg IV, si prurit
  - **Solumédrol** 1mg/kg IV
- Si bronchospasme non levé par adrénaline : **Salbutamol** 5mg aérosol
- Transport médicalisé vers les urgences (surveillance > 6-8 h)

## 6) Prise en charge Grade 3

### Remarques - Points particuliers

- IOT ne doit pas être retardée, sinon risque d'intubation difficile si angio-œdème
- IM : face antérolatérale de cuisse
- Corticoïdes : intérêt idem Grade 1

### Protocole de dilution adrénaline au 10<sup>ème</sup> :

- Prélever 1 mg (1 ml) d'adrénaline dans une seringue de 10 ml,
  - Diluer avec EPPI dans 10 ml,
- Dilution finale : 0,1 mg/ml (100 µg/ml)**

- Au PSE, diluer 5 mg dans 50 ml
- Dilution finale : 0,1 mg/ml (100 µg/ml)**

### Prise en charge

- Monitoring et O<sub>2</sub> MHC
- VVP, NaCl 0,9% et expansion volémique (jusqu'à 30 ml/kg)
- **Adrénaline** : - adultes : IV : 100-200 µg/2 min, jusqu'à amélioration
  - IM (si échec voie IV) : 500 µg (0,5 mg)/5 min, jusqu'à amélioration
  - En l'absence d'amélioration : 2-10 µg/min IVSE, à adapter à la réponse clinique
- enfants : IM (1<sup>ère</sup> intention) : 10 µg/kg max 500 µg/5min jusqu'à amélioration
  - IV (si IM inefficace) : 1 µg/kg/2 min, max 100 µg en bolus, jusqu'à amélioration
  - En l'absence d'amélioration : 0,1-1 µg/kg/min IVSE, à adapter à la réponse clinique
- IOT si : - Angio-œdème pharyngé non amélioré par adrénaline
  - Détresse respiratoire majeure
- Si échec IOT : cf. protocole intubation, et cricothyroïdotomie "facile"
- Secondairement : - **Polaramine** 5 mg IV, si prurit
  - **Solumédrol** 1mg/kg IV
- Transport médicalisé vers réanimation médicale

## 7) Prise en charge Grade 4

### Remarques - Points particuliers

Associer la RCPS habituelle aux mesures spécifiques décrites ci-contre

### Prise en charge

- **Adrénaline** 1 mg / 4 min IV si asystolie
- **Adrénaline** IVSE 2-10 µg/min IVSE
- Expansion volémique NaCl 0,9% (jusqu'à 30 ml/kg)

## 8) Cas particulier : Patient traité préalablement par β-bloquant

### Remarques - Points particuliers

- En cas de non amélioration avec résistance à l'adrénaline (grade 3 ou 4)
- Anticiper le renfort sur place en Glucagon

### Prise en charge

- **Glucagon** - Adulte : 1 à 5 mg sur 5 minutes
  - Enfant : 0,02 à 0,03 mg/kg (max 1mg) sur 5 minutes
- Si non amélioration: répéter la dose IV, ou IVSE à 0,005-0,015 mg/min

## 9) Diagnostic différentiel : Angio-œdème bradykinique

### Remarques - Points particuliers

#### Forme :

- Médicamenteux (IEC, ARA 2) y compris dès années après le début du traitement ;
- Acquis ; Héritaire.

#### Clinique :

- Oedème sous cutané, muqueux, blanc, mous, non prurigineux
- Atteinte cervico-faciale, digestive
- Jamais d'urticaire associé
- Aucune efficacité de l'adrénaline, des corticoïdes, des antiH1. Les thérapeutiques de l'anaphylaxie (surtout adrénaline) gardent leur place si doute diagnostic

### Prise en charge

- Monitoring et O<sub>2</sub> MHC,
- VVP, NaCl 0,9%
- IOT "facile" si œdème laryngé ou détresse respiratoire
- Traitement spécifique :
  - \* Privilégier le traitement à disposition du patient :
    - **Icatibant** (Firazyr ®) : 30mg SC
    - ou **Concentré de C1inh** (Berinert ®) : 20 UI/kg/IVL
  - \* Sinon, dans les formes graves : Discuter renfort médicament sur place d'Icatibant ou le prévoir disponible à l'admission
  - \* Possible : **Ac. tranexamique** (Exacyl ®) : 1g IV (enfant : 10mg/kg)  
*Intérêt limité, délai d'action de plusieurs heures*
- Transport médicalisé vers réanimation médicale