

ALGORITHME DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ANAPHYLAXIE

d'après les recommandations de la SFMU* et de l'EAACI**

L'ANAPHYLAXIE EN BREF^{1,2}

- Réaction d'hypersensibilité systémique, généralisée, sévère, pouvant engager le pronostic vital
- Délai d'apparition : quelques minutes à quelques heures après exposition au facteur déclenchant
- Atteinte brutale des voies aériennes ou du système cardiovasculaire
- Association fréquente, mais non systématique, avec une atteinte cutanéomuqueuse

FACTEURS DÉCLENCHANTS (en Europe)¹

	Adulte	Enfant
Aliments	20 %	65 %
Venins d'insectes	48 %	20 %
Médicaments	22 %	4,8 %

FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS AGGRAVANTS^{1,2}

Facteurs de risque	Facteurs aggravants
<ul style="list-style-type: none">• Asthme• Maladies cardiaques• Désordres mastocytaires• β-bloquants / IEC• Antihypertenseurs	<ul style="list-style-type: none">• Effort physique• Alcool• AINS• Stress• Épisode infectieux• Cycle menstruel• Fièvre

Une anaphylaxie est probable quand l'une de ces trois situations cliniques apparaît brutalement^{1,2}

Installation aiguë d'une **atteinte cutanéomuqueuse** de type urticarienne **ET au moins un** des éléments suivants :

- Atteinte respiratoire
- Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes***

Au moins deux des éléments suivants apparaissent rapidement après exposition à un **probable allergène** :

- Atteinte cutanéomuqueuse
- Atteinte respiratoire
- Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes***
- Signes gastro-intestinaux persistants (douleurs abdominales, vomissements...)

Hypotension artérielle après exposition à un **allergène connu** :

- 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

*** Syncope, collapsus, hypotonie, incontinence.

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE^{1,2}

Signes subjectifs prodromiques et autres Sensation de malaise, d'angoisse, de chaleur, prurit palmoplantaire...	Signes cutanéomuqueux (84 % des cas) Érythème, urticaire, œdème des lèvres, larmolements...	Signes cardiovasculaires (72 % des cas) Tachycardie, bradycardie, palpitations, hypotension, douleurs thoraciques...
Signes respiratoires (68 % des cas) Rhinorrhée, congestion nasale, dyspnée, toux, difficulté à parler...	Signes digestifs (45 % des cas) Douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhées, dysphagies...	Signes neurologiques (15 % des cas) Confusion, céphalées, vertiges, somnolence, altération de la vigilance...

* SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

** EAACI : European Academy of Allergy and Clinical Immunology

AINS : anti-inflammatoire non-stéroïdien ; IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion ; PAS : pression artérielle systolique

ALGORITHME DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ANAPHYLAXIE

d'après les recommandations de la SFMU* et de l'EAACI**

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS^{1,2}

Troubles cutanéomuqueux Urticaire chronique, œdème de Quincke, syndrome d'allergie orale	Troubles respiratoires Laryngotrachéite aiguë, obstruction trachéale ou bronchique, dysfonction des cordes vocales, asthme	Troubles cardiovasculaires Syncope, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde, arythmie, choc cardiogénique...
Réactions toxiques Intoxications histaminiques, envenimations, intoxications alimentaires, scombroidose, empoisonnements...	Troubles neurologiques Hyperventilation, anxiété, crise de panique, épilepsie, épisode psychosomatique, psychose, coma...	Troubles endocrinologiques Hypoglycémie, crise thyrotoïdique, phéochromocytome, syndrome carcinoïde...

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE SPÉCIFIQUE¹

Pour étayer le diagnostic : **dosage de la tryptase** (marqueur de dégranulation mastocytaire)

- 1^{er} prélèvement (tryptase au pic) : entre 30 min et 2 h après le début des symptômes
- 2^e prélèvement (tryptase basale) : 24 h après résolution des symptômes ou lors du bilan allergologique

L'analyse de sa cinétique est indispensable à l'interprétation des résultats³ :

- Diagnostic confirmé si dosage $\geq 1,2 \times$ [tryptase basale] + 2 $\mu\text{g/L}$

PRISE EN CHARGE DE L'ANAPHYLAXIE¹

Traitement principal : administration précoce d'adrénaline par voie intramusculaire

Prise en charge adaptée à chaque patient, à la réponse au traitement et à l'évolution de l'anaphylaxie

Modalités de surveillance	Durée de surveillance	Lieu de surveillance
Surveillance continue : <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence cardiaque • Fréquence respiratoire • SpO₂ (saturation pulsée en oxygène) • Pression artérielle non-invasive • Signes cutanés, muqueux ou digestifs 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 h minimum après la résolution de l'épisode • 12 à 24 h en cas d'atteinte respiratoire sévère ou cardiovasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Salle d'accueil des urgences vitales • Unité d'hospitalisation de courte durée • Service de réanimation ➔ L'avis d'un réanimateur est nécessaire en cas d'atteinte cardiovasculaire ou respiratoire sévère

ORDONNANCE DE SORTIE¹

2 auto-injecteurs d'adrénaline (AIA) Entre 7,5 et 25 kg : dose de 150 μg Au-dessus de 25 kg : dose de 300 μg	+	Corticoïde oral (1mg/kg/j, 60 mg maximum)	Prescrits pour 3 à 5 jours
β2-mimétique inhalé (en cas de bronchospasme)		Antihistaminique oral	

AVIS SPÉCIALISÉ^{1,2}

L'orientation vers un allergologue est indispensable pour :

- Identifier le facteur déclenchant et le mécanisme immunologique en cause
- Infirmer un diagnostic d'allergie et autoriser la reprise de certains médicaments ou aliments
- Évaluer le risque d'allergies croisées, les facteurs de risque
- Mettre en place des mesures de prévention et d'éducation thérapeutique