



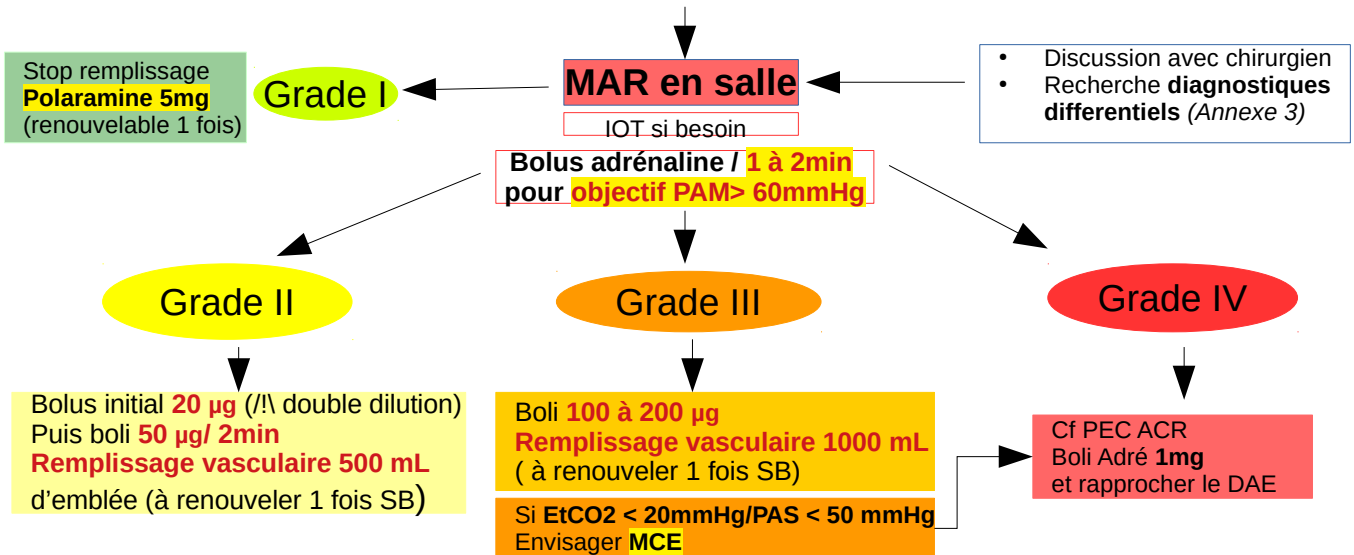
Notez l'heure de début / lancez un chronomètre

## Suspicion anaphylaxie

- Hypotension
- Tachycardie
- Chute de l'EtCO<sub>2</sub>
- Difficulté de ventilation

- Appel du **MAR responsable** et/ou **MAR de garde (4 81 80)** en communiquant clairement **la salle, le nom du patient et les symptômes** ± appel **2ème IADE** (anaphylaxie **grade III-IV**) (*Annexe 1*)
- **STOP PERFUSIONS** des traitements en cours
- **STOP CHIRURGIE**
- Mise en **O<sub>2</sub> 100 %** et préparation plateau IOT si patient en VS
- Initiation d'un **REPLISSAGE VASCULAIRE** + mise en **Trendelenburg**
- Pose d'une **2ème VVP** si non préalablement fait
- Préparation d'**Adrénaline à 100 µg/mL** (cf *Annexe 2*)
- Réanimation arrêt cardiaque si grade IV

- Récupération des **chariots d'urgences** (Open space et SSPI)
- Récupération du « **kit anaphylaxie** »
- volet inférieur sur le côté gauche du chariot
- **Dosages sanguins initiaux (< 30min)** :  
Tryptase H0 sur tube sec (rouge)  
Histamine (EDTA, violet)  
± IgE anti AQ (curares) (tube sec, rouge)



En cas de **choc anaphylactique réfractaire** (inefficacité après **10min**) :

- Doubler les **boli d'ADRENALINE: 2 mg**
- **Adrénaline IVSE** à débiter à 200 µg/h (0,2 mg/h) dès **3 boli IV administrés**
- **Noradrénaline IVSE** à débiter à 300 µg à 1 mg/h après 3 boli d'adrénaline
  - Ou **Vasopressine** 2 à 10 UI IVD puis poursuivre si besoin par perfusion de 2 UI/h
  - Ou **Bleu de Méthylène** 1 à 3mg/kg
- Poursuivre **remplissage cristalloïde jusqu'à 30 ml/kg**
- **Patient sous B-Bloquant** : **Glucagon** 1 à 2 mg IVDL toutes les 5 min

Si **bronchospasme** et après correction de l'hypotension artérielle (le salbutamol pouvant la majorer) :

- Salbutamol en nébulisation (spray peu efficace dans la sonde d'intubation)
- Salbutamol IVD : 100 µg à 200 µg (ampoule de 0,5 mg diluée dans 10 ml = 50 µg/ml), relais IVSE : 300 µg à 1,5 mg/h

**Hémisuccinate d'hydrocortisone 200 mg IVDL / 6h** (limiter effet rebond)

En cas d'**arrêt cardiaque réfractaire** : envisager une assistance cardio-circulatoire **ECLS/ECMO**

### Cas particuliers :

- **Femme enceinte** : !\ mise en **décubitus latéral gauche** . Remplissage et posologies adrénaline idem . Discussion extraction foetale >25 SA et > 5min de réanimation inefficace
- **Pédiatrie** : **Idem, seules les posologies changent !** **Grade IV (ACR)** : **10 µg/kg** / **Grade II-III** titration bolus **1 à 5 µg/kg** pour objectif tensionnel : PAS > 70mmHg (< 1 an), PAS > 70 + 2 x âge (1 à 10 ans) PAS > 90 mmHg (> 10 ans)  
**Remplissage vasculaire : 10 à 20 ml/kg**

### Après :

**Grade I** : sortie autorisée par MAR après régression des symptômes

**Grade II** : surveillance SSPI minimum 6h après régression des symptômes

**Grade III/IV** : transfert réanimation (chirurgical tel 4 3717/ 4 7612 ou médicale tel 4 6210/ 4 6164.)

Déclaration de l'événement indésirable à la **pharmacovigilance**

**Méthylprednisolone 1 à 2mg/kg** pour éviter l'effet rebond

Poursuivre l'enquête étiologique (**dosage tryptase H-2 et H24**), prévenir le patient et lui remettre la fiche de liaison

Prévoir **consultation en Allergologie** (4 à 6 semaines après l'incident)

Annexe 1 : Grade des réactions anaphylactiques selon Ring et Messmer

Grades de sévérité	Symptômes
I	Signes cutanéomuqueux généralisés : érythème, urticaire, avec ou sans œdème angioneurotique
II	Atteinte multiviscérale modérée, avec signes cutanéomuqueux, hypotension et tachycardie inhabituelle, hyperréactivité bronchique (toux, difficulté ventilatoire)
III	Atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant une thérapeutique spécifique = collapsus, tachycardie ou bradycardie, troubles du rythme cardiaque, bronchospasme ; les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'après la remontée tensionnelle.
IV	Inefficacité cardio-circulatoire. Arrêt respiratoire.
V	Décès par échec de la réanimation cardiopulmonaire.

Annexe 2 : préparation des solutions adrénalinées :

- Prendre **1 mg d'adrénaline** (1mg/mL) et diluez dans 9 mL de NaCL 0,9 % pour obtenir une solution à **100 µg/mL** (anaphylaxie de **grade III**).
- Prendre **1 mL de cette solution** et **diluez à nouveau** dans 9 mL de NaCL 0,9 % pour obtenir une solution à **10 µg/mL** (anaphylaxie de **grade II**).

Annexe 3 : diagnostics différentiels au choc anaphylactique

- **RESPIRATOIRE** (Bronchospasme, désaturation, chute d'EtCO<sub>2</sub>) : Pneumothorax suffocant, Asthme aigu grave, Intubation oesophagienne
- **HEMODYNAMIQUE** (HypoTA, troubles du rythme, ACR, effondrement EtCO<sub>2</sub>) : Surdosage hypnotique ou morphinique, Embolie massive, tamponnade, choc hémorragique, Hyperthermie maligne anesthésique Hyperkaliémie (succinylcholine), Syndrome coronarien aigu
- **CUTANES et MUQUEUX** : Erythème cutané simple, Mastocytose, Œdème angioneurotique héréditaire ou acquis