

Choc Anaphylactique

Pr B. Riou



1 Le degré d'urgence

- Le choc anaphylactique est une urgence qui met en jeu le pronostic vital.
- Le traitement doit être entrepris immédiatement par le médecin, le patient doit être transporté par une ambulance médicalisée (SAMU) vers un service de réanimation qui assure la poursuite du traitement, la surveillance et surtout la prévention des récives à court terme.



2 Les messages

- L'**Adrénaline** est le traitement de base du choc anaphylactique.
- À dose efficace, l'**Adrénaline** doit corriger rapidement l'état de choc.
- Les corticoïdes sont souvent associés, ils préviennent les récives à court terme, mais ne sont indispensables à la phase initiale qu'en cas d'œdème laryngé, ils n'ont en effet aucune action hémodynamique.
- Le risque de récive à court terme impose une surveillance en réanimation.



3 Les médicaments, le matériel

- Matériel de réanimation circulatoire et respiratoire.
- Amine vasoactive : **Adrénaline** (amp IV, SC à 0,25-0,50-1 mg).
- Corticoïdes : **Hydrocortisone Roussel** (flacon IM, IV à 100-500 mg), **Solu-Médrol** (flacon IM, IV à 20-40-120 mg).



4 La confirmation clinique du diagnostic

- Dans un contexte évocateur (piqûres de guêpe, administration d'un médicament, d'un produit de contraste, etc.) :
 - état de choc avec pression artérielle effondrée, tachycardie $> 120/\text{mn}$, pouls filant,
 - choc chaud : pas de marbrure, extrémités plutôt chaudes, érythème diffus.
- Un bronchospasme peut s'associer au choc anaphylactique : sibilants diffus, dyspnée expiratoire, cyanose, présence d'un pouls paradoxal.
- Un œdème laryngé peut s'associer au choc anaphylactique, volontiers accompagné d'un œdème de la face, des paupières.
- Les signes cutanéomuqueux (urticaire, œdème), ne sont pas nécessaires au diagnostic car inconsistants ou parfois retardés.



5 Le protocole de traitement

À domicile

- Diluer 1 mg d'**Adrénaline** dans 10 cc et injecter 1 cc IV/mn jusqu'à obtenir une pression artérielle correcte (la pose d'une perfusion de Na Cl à 9 % ou de **Ringer Lactate** est préférable à l'IV directe).

- Si l'injection IV s'avère difficile : injection IM ou SC de 1 mg d'**Adrénaline**.
- Injection IV de 40 mg de **Solu-Médrol**.

Par le SAMU ou à l'hôpital

- Pose d'une voie veineuse périphérique de gros calibre. Remplissage vasculaire, plutôt à l'aide de cristalloïdes (sérum physiologique ou **Ringer Lactate**), pour éviter les colloïdes (risque d'allergie).
- Injection d'**Adrénaline** dans la tubulure de perfusion puis relais par une seringue électrique (5 à 20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{mn}$) pour obtenir une pression artérielle systolique ≥ 100 mmHg environ.
- **Hémisuccinate d'Hydrocortisone** 200 mg IV toutes les 4 heures.
- Devant un bronchospasme, augmenter la vitesse de perfusion de l'**Adrénaline** toutes les 5 minutes jusqu'à amélioration et oxygénothérapie.
- Devant un œdème laryngé : **Solu-Médrol** 120 mg IV et oxygénothérapie.



6

Les premiers examens paracliniques

- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour le diagnostic qui n'est que clinique.
- **À l'hôpital** : ECG à la recherche d'une souffrance coronarienne, gaz du sang, surtout si bronchospasme ou œdème laryngé, à la recherche d'une acidose et d'une hypercapnie.
- **À distance** : prévoir un bilan allergologique en consultation spécialisée.



7

Les trucs du métier, les pièges qu'il faut éviter

Les trucs

- En l'absence de seringue électrique, diluer 4 mg d'**Adrénaline** dans 250 cc de G5 % et régler la vitesse de perfusion en fonction de la pression artérielle.
- Importance de la prévention des récidives à long terme : éviction des traitements allergisants, remise au patient d'une carte mentionnant la nature de l'accident allergique et le produit en cause, ainsi que d'une liste de produits pouvant présenter une allergie croisée, recherche étiologique en allergologie, voire, en cas de récurrence ou d'impossibilité d'éviter une récurrence (piqûre de guêpe), mise à disposition du patient d'adrénaline auto-injectable (**Anakit**, **Anahelp**).

Les pièges

- L'amélioration peut être spectaculaire et rapide sous traitement mais il faut impérativement une surveillance de 48 heures en réanimation.
- Les antihistaminiques sont inefficaces.
- Le choc est plus grave chez les patients sous bêtabloquants et nécessite des doses plus importantes d'**Adrénaline**.



8

Les correspondances thérapeutiques

- Il n'y pas d'alternative à l'**Adrénaline**.
- 100 mg d'**Hémisuccinate d'hydrocortisone** = 4 mg de **Soludécadron** = 4 mg de **Céléstène** = 20 mg de **Solu-Médrol**.