



# **CHOC ANAPHYLACTIQUE OEDEME LARYNGE**



# QUELLE PRISE EN CHARGE?

- **Angioedème –  
oedème de Quincke?**

Tuméfaction du tissu sous cutané et/ou sous muqueux sans limite précise, atteinte de l'hypoderme = sensation de tension cutanée

- **Histaminique?**

par dégranulation mastocytaire

- **Bradykinine?**

# ANAPHYLAXIE?

FACTEURS  
DÉCLENCHANTS:

- Chez l'enfant: aliments (65%) venins d'insectes (20%) médicaments (4,8%)
- Chez l'adulte: venins d'insectes (48%) médicaments (22%) aliments (20%)

URTICAIRE  
ASSOCIÉE?  
PRURIT?

CINÉTIQUE DE LA  
POUSSÉE?

- Vitesse d'apparition, durée, lésions séquellaires, antécédent de lésions identiques? Réaction biphasique?

BILAN  
BIOLOGIQUE

- Augmentation de la tryptasémie

## CLASSIFICATION (RING ET MESSMER 1977)

---

**GRADE I** Signes cutanéomuqueux généralisés.

---

**GRADE II** Atteinte multiviscérale modérée (au moins 2 fonctions atteintes): signes cutanéomuqueux, hypotension (PA < 30%), tachycardie (Fc > 30%), hyperréactivité

---

**GRADE III** Atteinte multiviscérale sévère bronchique menaçant la vie et imposant un traitement spécifique: collapsus cardiovasculaire, tachycardie/bradycardie, bronchospasme

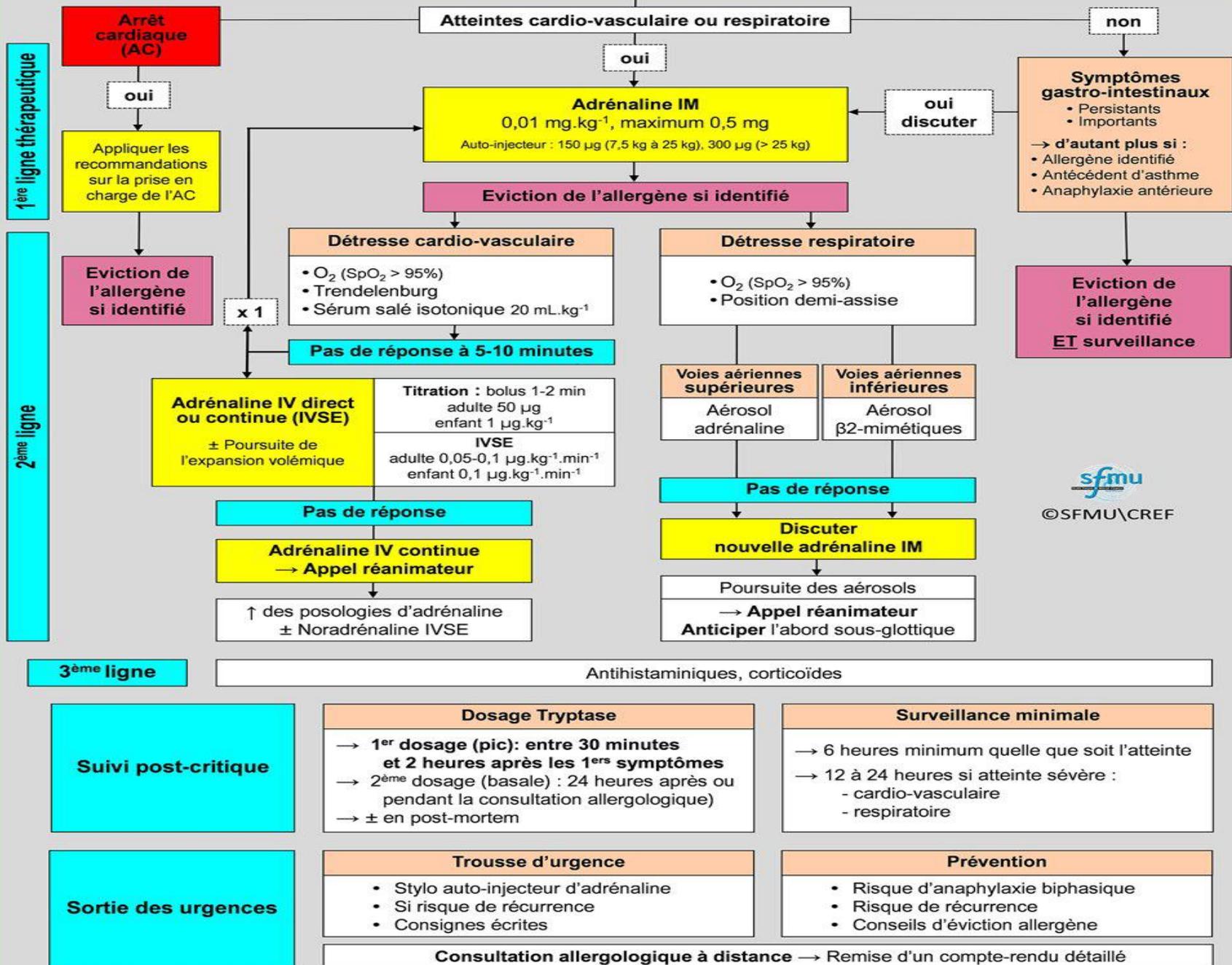
---

**GRADE IV** Arrêt circulatoire et/ou respiratoires

---

*Les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'après la remontée tensionnelle*

# Anaphylaxie cliniquement probable



# ADRÉNALINE: BLOQUER LA CASCADE DES MÉDIATEURS DE L'ANAPHYLAXIE

## ► GRADE 2:

- CRISE D'ASTHME ISOLÉE: VENTOLINE, CORTICOÏDE
- +/- ADRÉNALINE: 0,01 – 0,02 MG IVD TOUTES LES 1 À 2 MINUTES

## ► GRADE 3: COLLAPSUS CARDIO VASCULAIRE

### ► EXPANSION VOLÉMIQUE

### ► ADRÉNALINE: 0,1 – 0,2 MG IVD TOUTES LES 1 À 2 MINUTES

+/- perfusion adrénaline IV continu 5 – 20 µg/ minute pour la restauration de la PAM

- Contrôle rapide des voies aériennes: ventilation contrôlée en O<sub>2</sub> pur – intubation
- Si persistance de bronchospasme: Salbutamol aérosol +/- IV (IVSE 5–25µg/min)

# ADRÉNALINE:

## ► GRADE 4: ARRÊT CARDIAQUE

- APPEL À L'AIDE +++
- **REPLISSAGE:** surélévation des membres inférieurs, perfusion cristalloïde
- **MASSAGE CARDIAQUE:** 30 MCE / 2 INSUFFLATIONS
- **ADRÉNALINE 1 MG IVD TOUTES LES MINUTES, 5 MG APRÈS LE 3<sup>E</sup> BOLUS À 1 MG**

+/- IVSE 0,05-0,1 µg/kg/min)

# GRADE 1: SIGNES CUTANÉE MUQUEUX PRURIT, ÉRYTHÈME, URTICAIRE, ANGIO- OEDÈME



- **PAS** DE MENACE VITALE
- JAMAIS D'ADRENALINE
- ANTI H1 PER OS SI PRURIT
- +/- CORTICOÏDE SI ANGIO-OEDÈME
- RASSURER LE PATIENT

# CAS PARTICULIERS: HYPOTENSION RÉFRACTAIRE

- Noradrénaline en IVSE avec un débit initial de  $0,1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$
- Patient traité par bêta - bloquant:
  - Doses d'adrénaline nécessaires peuvent être élevées
  - Si bradycardie: atropine
  - GLUCAGON 1 mg IVD (  $20 - 30 \mu\text{g}/\text{kg}$ ) à renouveler toutes les 5 minutes puis  $0,3$  à  $1 \text{ mg}/\text{h}$
- Bleu de méthylène ( $1 - 3 \text{ mg}/\text{kg}$  IVDL)?

# CAS PARTICULIERS: FEMME ENCEINTE

- DÉCUBITUS LATÉRAL GAUCHE
- REMPLISSAGE PRÉCOCE
- ADRENALINE
- EXTRACTION FŒTALE DÈS LA 25 SA APRÈS 5 MINUTES  
D'INEFFICACITÉ CIRCULATOIRE

# CAS PARTICULIERS: ABSENCE DE VOIE VEINEUSE

- ▶ Adrénaline en IM : 0,3 – 0,5 mg / 5 minutes  
(0,01 mg/kg)
- ▶ Autoinjecteur d'adrénaline – voie intramusculaire (Anapen®  
Epipen® Jext®)
  - ▶ 7,5 – 25 kg: 150µg
  - ▶ >25 kg : 300µg
- ▶ Adrénaline en intra trachéal: dose IV x 3  
(dans NaCl 0,9% 10 ml)

# CAS PARTICULIERS: ENFANT

- ▶ Remplissage vasculaire: 10 – 20 ml/kg
  
- ▶ Grade 2 et 3:
  - ▶ Adrénaline 1  $\mu$ g/ kg de poids en intraveineux
  - ▶ Adrénaline intramusculaire 0,01 mg/kg
  
- ▶ Grade 4: arrêt circulatoire
  - ▶ Massage cardiaque 15 MCE/ 1 insufflation (30 MCE / 2 insufflations si 1 seul sauveteur)
  - ▶ Adrénaline 10  $\mu$ g/kg +/- IVSE 0,1  $\mu$ g/kg/min
  - ▶ Choc électrique externe: 4J/ kg

# PRISE EN CHARGE SECONDAIRE:

- TRAITEMENT SECONDAIRE DANS LES FORMES GRAVES:  
HYDROCORTISONE 200 MG / 6H IV
- SURVEILLANCE APRÈS ARRÊT DU TRAITEMENT: INSTABILITÉ TENSIONNELLE POSSIBLE PENDANT 24 H
- BILAN BIOLOGIQUE POUR LE DIAGNOSTIC: HISTAMINÉMIE, TRYPTASÉMIE, IGE SPÉCIFIQUES...
- INFORMATION ÉCRITE SUR LE TYPE D'ACCIDENT
- CONSULTATION ALLERGOLOGIQUE 4-6 SEMAINES APRÈS L'ACCIDENT
- +/- PRESCRIPTION DU KIT ALLERGIQUE AVEC STYLO D'ADRÉNALINE
- DÉCLARER À LA PHARMACOVIGILANCE (MÉDICAMENTS) ET À LA MATÉRIOVIGILANCE (LATEX...)

# ANGIOEDEME A BRADYKININE?

SIGNES  
CLINIQUES:

CINÉTIQUE DE LA  
POUSSÉE?

ANTÉCÉDENTS  
FAMILIAUX?  
CONTEXTE?  
FACTEURS  
DECLENCHANTS?

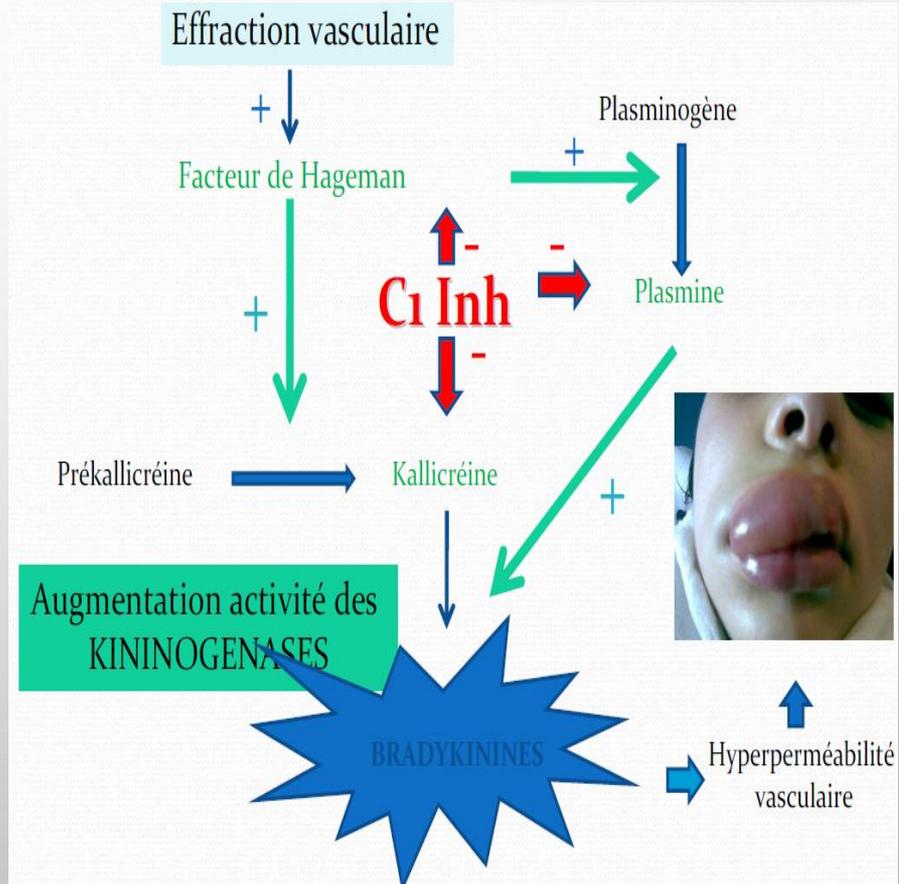
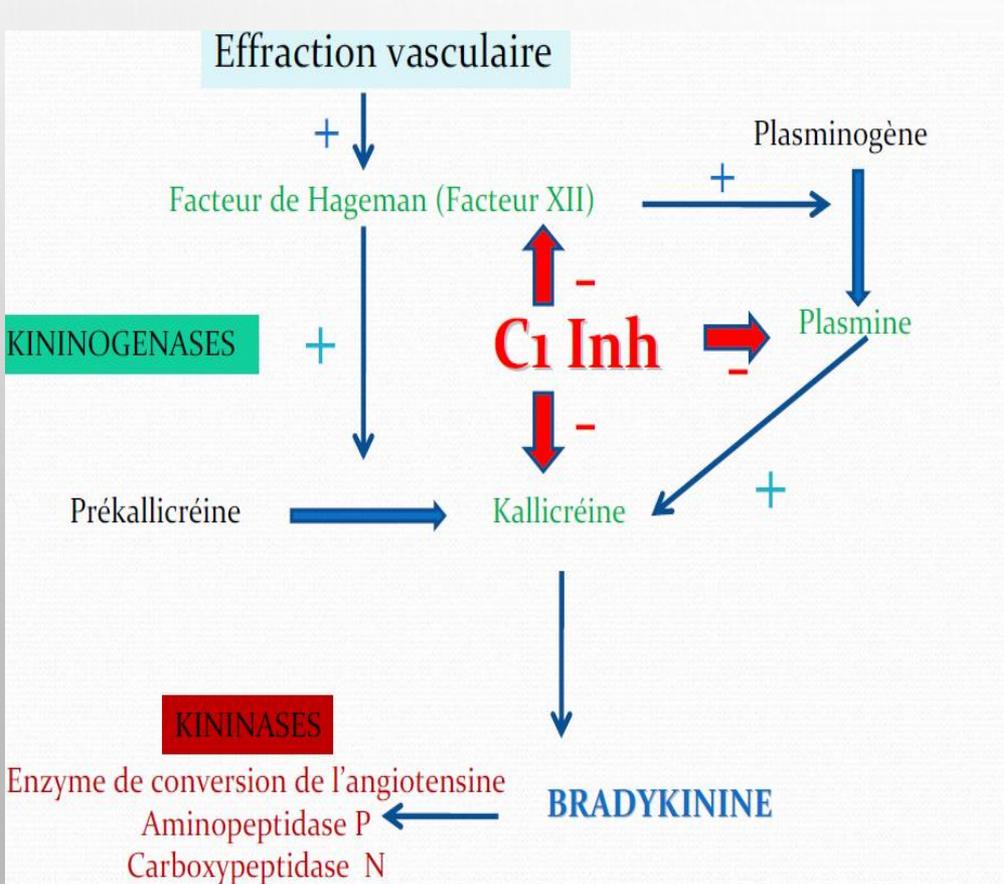
SENSIBILITÉ AUX  
ANTI-HISTAMINIQUES?  
CORTICOÏDES?

- Oedème mou, blanc, non prurigineux
- Localisation digestive?
- Installation 12 –36 heures, récidivant
- Prise d'IEC, ARA II, oestrogènes...
- Traumatisme, même minime  
Soins dentaires – Infection – Stress ...
- Pas de cause identifiable souvent
- Nulle

# ANGIO-ŒDÈME – FORMES HÉRÉDITAIRES

• TYPES 1 OU 2

TYPE 3



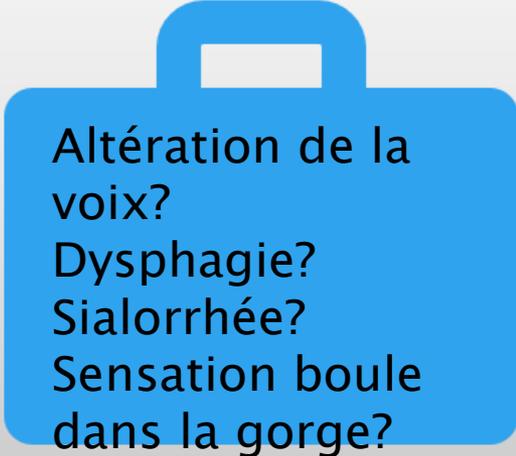
# ANGIO-ŒDÈME – FORMES ACQUISES

- médicamenteuses : AE secondaires aux IEC ou aux sartans (10% de réaction croisée)
  - survient dans 50% des cas durant les 3ers mois de traitement (après 1 an de tt dans 10% des cas)
  - plus fréquent chez les noirs
  - Enzyme de conversion participant à la dégradation de la bradykinine
- déficit acquis en C1 Inh
  - gammopathies monoclonales, hémopathies lymphoïdes, maladies auto-immunes (production d'Ac anti-C1Inh, consommation excessive du C1 Inh par activation de la voie complément))

# ANGIO-ŒDÈME CONDUITE À TENIR

## CRISE GRAVE?

- TOUTE CRISE ORL (75% DES CAS)
- TOUTE CRISE TOUCHANT LA FACE (30% DE RISQUE D'ATTEINTE PHARYNGÉE)
- TOUTE CRISE ABDOMINALE AVEC EVA >5
  - BOWEN, ALLERGY ASTHMA CLIN IMMUNOL 2010)



Altération de la voix?  
Dysphagie?  
Sialorrhée?  
Sensation boule dans la gorge?

# ANGIO-ŒDÈME

## CONDUITE À TENIR

- Inefficacité des corticoïdes – antihistaminiques
- PFC contre-indiqués
- Administrer le plus tôt possible:
  - Fyrazyr (icatibant – antagoniste du récepteur de la Bradykinine 2): 30 mg en sous cutané
  - Ou concentré de C1 – inhibiteur:
    - Berinert: 20 UI / kg en IVL (administrer tout le flacon entamé) ½ vie 36 h
    - Ou Cinryze: ½ vie 56 heures
    - Ou Ruconest: analogue recombinant de l'inhibiteur de la C1 estérase humain à partir du lait de lapine
  - Associer avec Exacyl 1 à 2 g / 6 heures pendant 48 heures
- En cas d'atteinte des VAS:
  - Aérosol d'adrénaline
  - Intubation – trachéotomie par un sénior

# ANGIO-ŒDÈME

## CONDUITE À TENIR

- Efficacité du traitement doit être jugée dans l'heure qui suit l'administration

Inefficace = progression de la crise

- Chercher d'autres étiologies ou complication
- 1 heure après:
  - Si icatibant utilisé: concentré de C1 inhibiteur
  - Si C1 inhibiteur utilisé: icatibant
- Il faut attendre 6 heures entre 2 doses d'icatibant

# ANGIO-ŒDÈME

## CONDUITE À TENIR

Crise peu sévères:

- Abstention thérapeutique – surveillance rapprochée
- **Exacyl (acide tranexamique):** 1–2 g / 6 heures pendant 24 heures
  - Demi – vie: 3 heures
  - Contrôle la formation de la plasmine – limitant la formation excessive de la bradykinine

# ANGIO-ŒDÈME PROPHYLAXIE

Pas de délai avant la situation à risque (chirurgie d'urgence – accouchement):

- **Berinert** 20 UI / kg IVL 1 heure avant le geste

Délai quelques jours avant le geste:

- Disposer au bloc du traitement en cas de crise en quantité suffisante
- **Danatrol**:
  - Augmente la synthèse hépatique du C1 inhibiteur
  - 10 mg / kg / jour à donner 5 jours avant et 5 jours après
- **Exacyl**: efficacité moindre
  - 1g/ 6 heures 2 jours avant et 2 jours après

# ANGIO-ŒDÈME PROPHYLAXIE

POUR TOUS LES ANGIO-OEDÈMES:

EVICITION DÉFINITIVE:

- IEC
- ANTAGONISTE RÉCEPTEURS ANGIOTENSINE II
- PILULE OESTROPROGESTATIVE

CONTACTER UN RÉFÉRENT LOCAL OU NATIONAL DU CREAK

