



## RECOMMANDATIONS DE BASE

# Anaphylaxie

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité sévère, d'apparition rapide, et possiblement mortelle. Les trois principaux déclencheurs de l'anaphylaxie sont certains aliments, les piqûres d'insectes et les médicaments. L'allergie alimentaire touche environ 7 % des Canadiens et est le déclencheur le plus fréquent de l'anaphylaxie chez l'enfant. Le lait, les arachides et les noix sont parmi les allergènes alimentaires les plus communs chez les enfants au Canada.

### POSER LE DIAGNOSTIC D'ANAPHYLAXIE

- » Toute **atteinte aiguë à caractère cutané typique** (urticaire diffuse ou érythème/rougeurs, et/ou angioedème, **PLUS** une implication **respiratoire, cardiovasculaire, et/ou gastro-intestinale** persistante; **OU**
- » Toute **atteinte aiguë d'hypotension / signes de choc, bronchospasme, ou obstruction des voies respiratoires supérieures** suivant l'exposition potentielle à un allergène connu, **même en l'absence des signes cutanés typiques.**

### FACTEURS DE RISQUE DE L'ANAPHYLAXIE SÉVÈRE

En évaluant l'enfant qui souffre d'anaphylaxie, poser des questions sur les multiplicateurs suivants.

	Facteurs	Mécanisme
<b>Facteurs d'exacerbation</b>	Exercice physique, menstruation, alcool, maladie aiguë ou infection, médicaments (AINS, IECA)	Baissent le seuil de réaction ou influent directement sur le mécanisme immunitaire
<b>Cofacteurs</b>	Stress émotionnel, voyages, troubles et médicaments psychiatriques, médicaments ( $\beta$ -bloquants)	Augmentent la sévérité de la réaction via un mécanisme non immunologique
<b>Maladies concomitantes</b>	Troubles respiratoires chroniques (asthme, fibrose kystique), maladies cardiovasculaires, mastocytose	Diminuent la réserve physiologique ou augmentent la réaction inflammatoire

### PRISE EN CHARGE (pour plus de détails, voir [l'Algorithme PedsPac](#) sur l'anaphylaxie)

#### INTERVENTIONS IMMÉDIATES

- » Si possible, éliminer le déclencheur de la réaction allergique.
- » Allonger le patient sur le dos (à moins de difficultés respiratoires ou de vomissements). La position Trendelenburg n'est **pas** recommandée. Ne pas permettre au patient de marcher ou de rester debout.
- » **Administer de l'épinéphrine par voie intramusculaire (IM) (0,01 mg/kg, maximum 0,5 mg/dose) dans le côté extérieur de la mi-cuisse** avec une ampoule (1 mg/mL) et syringe, ou avec un auto-injecteur si disponible.
- » Évaluer pouls, tension artérielle, électrocardiographie (ECG), oxymétrie, et statut mental.
- » Si signes de **choc ou de détresse respiratoire**, administrer O<sub>2</sub> (10-15 L) par masque avec réservoir.
- » L'obstruction des voies respiratoires supérieures doit être prise en charge par le clinicien le plus compétent qui soit disponible. Utiliser la prise en charge de base pour les voies respiratoires jusqu'à l'arrivée du support médical.
- » Considérer l'intubation en présence de stridor, d'œdème important des voies respiratoires supérieures, et/ou d'un arrêt respiratoire.
- » Si l'enfant est hypotendu, établir un accès vasculaire et donner un bolus de soluté salin physiologique (20 mL/kg IV); répéter x 2 au besoin.

#### ÉPINÉPHRINE (ADMINISTRER IMMÉDIATEMENT)

- » L'épinéphrine est le traitement de base pour l'anaphylaxie; il écarte l'évolution de l'anaphylaxie en anaphylaxie réfractaire et/ou biphasique. Il n'y a absolument AUCUNE contre-indication pour l'épinéphrine IM dans la prise en charge de l'anaphylaxie.
- » Ne **pas** donner de bolus d'épinéphrine IV sauf sur indication de réanimation avancée. L'épinéphrine IV est associée à un risque important d'erreurs de dosage et d'événements indésirables graves (ex. infarctus du myocarde, arythmie maligne, décès).
- » La plupart des patients vont mieux après 1-2 doses d'épinéphrine IM.
- » Débuter la **perfusion d'épinéphrine IV** si le choc anaphylactique persiste après TROIS doses d'épinéphrine IM et de soluté.

#### THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES (Voir [PedsPac sur l'anaphylaxie](#) pour dosages et formulations)

#### NE PAS RETARDER L'ADMINISTRATION D'ÉPINÉPHRINE EN FAVEUR DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

##### Antihistaminiques

- » Les antihistaminiques H1 de première génération (ex. diphenhydramine et hydroxyzine) ne doivent **pas** être utilisés, en raison des suivants :
  - » Effets sédatifs menant aux étourdissements et à la somnolence, qui ressemblent aux signes d'anaphylaxie.
  - » Troubles de mémoire, de performance psychomotrice, et conséquemment, d'apprentissage (avec doses multiples).
  - » Risque d'arythmie cardiaque mortelle (ex. prolongation QT, torsade de pointes).
  - » Les antihistaminiques H<sub>1</sub> de deuxième génération (ex. cétirizine et rupatadine) sont sécuritaires et efficaces pour soulager les symptômes cutanés. Cependant, ces agents ne jouent aucun rôle dans le traitement ou la prévention des symptômes respiratoires ou cardiovasculaires.

(Suite à la page 2)

## Corticostéroïdes

- » Il n'a **pas** été démontré que les corticostéroïdes diminuent la sévérité de la réaction ou préviennent les réactions biphasiques. Ne pas administrer systématiquement.

## Épinéphrine en nébulisation

- » S'il y a des signes d'obstruction des voies respiratoires supérieures, administrer de l'épinéphrine racémique 2,25 % : 0,5 mL dans 3 mL de solution de salin physiologique **par inhalation**.
- » S'il y a un stridor marqué ou des signes d'obstruction des voies respiratoires supérieures persistants après 1-2 doses, préparer l'intubation et aviser le Centre de référence pédiatrique.

## Bronchodilatateur par inhalation

- » Donner du salbutamol en nébulisation (Ventolin®) pour sifflement persistant ou signes d'obstruction des voies respiratoires inférieures.

## SURVEILLANCE À L'URGENCE

- » Presque 15 % des enfants sont à risque d'une réaction biphasique, fréquemment dans les 3-24h de l'anaphylaxie initiale.
- » Les facteurs de risque d'anaphylaxie biphasique comprennent :
  - » Gravité de la crise initiale : signes cardiaques (hypotension) et/ou respiratoires (sifflement persistant ou détresse respiratoire); besoin > 1 dose d'épinéphrine pour traiter l'anaphylaxie initiale.
  - » Délai de traitement : anaphylaxie initiale pas traitée rapidement avec épinéphrine (> 60-90 min du début de la réaction initiale).
- » Le temps d'observation doit être individualisé selon les facteurs de risque ci-dessus et selon les multiplicateurs de risque pour l'anaphylaxie sévère.
- » L'enfant avec une crise d'anaphylaxie légère qui se résout avec une seule dose d'épinéphrine donnée à temps peut rentrer chez lui au bout de 4 h d'observation (à partir de l'administration d'épinéphrine).
- » Considérer l'observation prolongée (6-8 h) ou toute la nuit pour n'importe laquelle des indications ci-dessous :
  - » Anaphylaxie qui requiert 2 doses d'épinéphrine
  - » Patient qui arrive à l'urgence tard dans la soirée
  - » Patient qui habite seul ou loin des services d'urgence
  - » Patient sans accès immédiat à un auto-injecteur d'épinéphrine
  - » Patient avec antécédents d'asthme sévère ou avec asthme non contrôlé à présent

## HOSPITALISATION

- » Hospitaliser pour un minimum de 24 h d'observation dans les cas suivants :
  - » Présentation avec anaphylaxie sévère (ex. choc anaphylactique, détresse respiratoire grave)
  - » Anaphylaxie réfractaire
  - » Anaphylaxie qui requiert > 2 doses d'épinéphrine
  - » Anaphylaxie due aux médicaments

## CONGÉ DU SERVICE DE L'URGENCE

Il est impératif de procurer les soins suivants avant le congé de l'urgence.

- 1. Rendez-vous avec un allergologue (pour TOUT patient qui présente une anaphylaxie)**
  - » **Rendez-vous D'URGENCE** pour bébé d'âge < 1 an avec une allergie alimentaire potentielle
- 2. Procuration d'un plan d'urgence pour l'anaphylaxie et conseils**
  - » Donner le [Canadian Anaphylaxis Action Plan for Kids \(Kids' CAP\)](#) au patient – ce plan d'action décrit les aspects essentiels de l'anaphylaxie pour les patients et parents.
  - » Conseiller sur les aspects suivants : comment reconnaître les symptômes et signes de l'anaphylaxie; la prise en charge (y compris l'utilisation correcte d'un auto-injecteur d'épinéphrine); comment éviter les allergènes; stratégies de prévention. Ces éléments font partie du vidéo de formation [Kids' CAP](#).
- 3. Prescription d'un auto-injecteur d'épinéphrine**
  - » Prescrire un auto-injecteur d'épinéphrine, avec la recommandation de l'acheter avant le retour à la maison.
  - » Revoir verbalement les instructions pour l'utilisation correcte de l'auto-injecteur; donner au patient un dispositif de pratique.
  - » Considérer une ordonnance pour **deux** auto-injecteurs pour tout patient avec **n'importe quel** des suivants :
    - i. Asthme et allergie alimentaire concomitante
    - ii. Mastocytose concomitante
    - iii. Manque d'accès rapide aux soins médicaux
    - iv. Antécédents de > 1 dose d'épinéphrine requise avant l'arrivée à l'hôpital

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et le traitement de l'anaphylaxie chez l'enfant. Ce sommaire est produit par les conseillers en anaphylaxie du réseau TREKK, Dr Waleed Alqurashi du *Children's Hospital of Eastern Ontario* et Dr Anne Ellis du *Kingston General Hospital*. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

- 1) Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, et al. [World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis](#). *World Allergy Organ J*. 2011;4(2):13-37.
- 2) Soller L, Ben-Shoshan M, Harrington DW, et al. [Overall prevalence of self-reported food allergy in Canada](#). *J Allergy Clin Immunol*. 2012;130(4):986-988.
- 3) Australian Society of Clinical Immunology and Allergy. [Acute Management of Anaphylaxis](#). *Ascia*. 2017:1-8.
- 4) Lieberman P, Nicklas RA, Randolph C, et al. [Anaphylaxis – a practice parameter update 2015](#). *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;115(5):341-384.
- 5) Alqurashi W, Ellis AK. [Do Corticosteroids Prevent Biphasic Anaphylaxis?](#) *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(5):1194-1205.
- 6) Church MK, Maurer M, Simons FER, et al. [Risk of first-generation H1-antihistamines: A GA2LEN position paper](#). *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol*. 2010;65(4):459-466.
- 7) Alqurashi W, Stiehl I, Chan K, Neto G, Alsadoon A, Wells G. [Epidemiology and clinical predictors of biphasic reactions in children with anaphylaxis](#). *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;115(3):217-223 e2.
- 8) Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. [Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology](#). *Allergy*. 2014;69(8):1026-1045.

Traduction française : Danielle Buch, Rédactrice médicale et scientifique.  
© Octobre 2018, TREKK, Version 1.1. Prochaine révision : 2020.

