

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité sévère, d'apparition rapide, et possiblement mortelle.¹ L'incidence de l'anaphylaxie est la plus élevée chez les enfants et les adolescents. Les trois principaux déclencheurs de l'anaphylaxie sont les aliments, les piqûres d'insectes, et les médicaments. Au Canada, l'allergie alimentaire représente environ une visite à l'urgence toutes les 10 minutes.² Chez l'enfant, certains aliments, soit les arachides, les noix, et le lait, déclenchent jusqu'à 80 % des réactions.³

Voir l'[Algorithme TREKK sur l'anaphylaxie](#) pour le traitement émergent et le dosage des médicaments.

Poser le diagnostic d'anaphylaxie¹

- » Toute atteinte aigüe avec hypotension/signes de choc, ou tout signe d'obstruction des voies respiratoires supérieures ou inférieures suivant l'exposition à un allergène connu ou très probable, même en l'absence de signes cutanés typiques; **OU**
- » Toute atteinte aigüe à caractère cutané typique (urticaire diffuse ou érythème/rougeurs, et/ou angioedème), **ET au moins UN des suivants** : signes respiratoires, signes cardiovasculaires, et/ou symptômes gastro-intestinaux sévères (ex. vomissements à répétitions, douleur abdominale persistante).

Facteurs de risque de l'anaphylaxie sévère

Les facteurs suivants pourraient augmenter le risque d'anaphylaxie sévère et la durée de l'observation à l'urgence après la stabilisation :⁴

- » Médicaments concomitants : AINS, IECA, β -bloquants.
- » Comorbidités : Troubles respiratoires chroniques (asthme non contrôlé), maladie cardiovasculaire, troubles psychiatriques, mastocytose.
- » Cofacteurs : Début de l'anaphylaxie pendant l'exercice physique, menstruation, maladie aigüe ou infection, consommation d'alcool.

Prise en charge de l'anaphylaxie

INTERVENTIONS IMMÉDIATES

- » Éliminer le déclencheur de la réaction allergique si possible.
- » 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.
- » Administrer de l'**épinéphrine** par voie **intramusculaire (IM)** dans le côté latéral de la mi-cuisse (0,01 mg/kg; MIN 0,1 mg/dose; MAX 0,5 mg/dose).
 - Utiliser un auto-injecteur d'épinéphrine ou une ampoule d'épinéphrine 1 mg/mL et seringue.
- » Évaluer et surveiller les voies aériennes, la respiration, la circulation, et l'état mental.
 - Préparer l'équipement respiratoire approprié selon l'âge.
 - Administrer de l'O₂ (10-15 L) par masque avec réservoir si signes de choc ou de détresse respiratoire.
 - L'obstruction des voies respiratoires supérieures doit être prise en charge par le clinicien disponible le plus compétent. Utiliser la prise en charge de base pour les voies aériennes, maximiser l'apport en oxygène; appeler de l'aide/rassembler l'équipe.
 - Procéder à l'intubation en cas de stridor persistant, de signes d'obstruction importante des voies respiratoires supérieures, et/ou d'arrêt respiratoire.
 - Si l'enfant est hypotendu ou si les signes de choc ne s'améliorent pas après 2 doses d'épinéphrine IM, établir un accès vasculaire et administrer un bolus IV de soluté salin (NS) ou de lactate Ringer 20 mL/kg sur 5-10 minutes; répéter x 2 au besoin.

MÉDICAMENT DE 1^{RE} INTENTION : ÉPINÉPHRINE

- » **L'administration immédiate de l'épinéphrine IM est la thérapie la plus importante pour prévenir la progression vers l'anaphylaxie réfractaire et biphasique. Il n'y a absolument AUCUNE contre-indication pour l'épinéphrine IM dans le cas de l'anaphylaxie.**
- » ÉVITER les erreurs fréquentes concernant l'administration des médicaments :
 - Utiliser la préparation d'épinéphrine **1 mg/mL pour le dosage IM** contre l'anaphylaxie, et **NON** l'épinéphrine 0,1 mg/mL.
 - Ne **PAS** donner de bolus d'épinéphrine IV/IO pour l'anaphylaxie car ceci pourrait occasionner des événements cardiaques graves.
- » Débuter la **perfusion d'épinéphrine IV** si le choc anaphylactique persiste après TROIS doses d'épinéphrine IM et de soluté – continuer l'épinéphrine IM toutes les 10 minutes tout en préparant la perfusion (**Voir le [PedsPac TREKK sur l'anaphylaxie](#) pour le dosage**).

THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

NE JAMAIS RETARDER L'ADMINISTRATION D'ÉPINÉPHRINE IM EN FAVEUR DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES.

LA THÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE NE REMPLACE JAMAIS L'ÉPINÉPHRINE IM.



Antihistaminiques

- » Utiliser les antihistaminiques H₁ de deuxième génération (ex. cétirizine PO ou rupatadine PO) pour soulager les symptômes cutanés. En conjonction avec l'épinéphrine IM, ceux-ci pourraient réduire la progression vers l'anaphylaxie sévère.³
- » Ne **PAS** utiliser les antihistaminiques H₁ de première génération (ex. diphenhydramine PO/IV/IM ou hydroxyzine PO), vu le risque de somnolence, d'étourdissements, d'hypotension orthostatique (peut ressembler à l'anaphylaxie) et d'arythmies cardiaques mortelles.⁵

Épinéphrine en nébulisation

- » Administrer si le stridor ou les signes d'obstruction des voies respiratoires supérieures persistent après l'épinéphrine IM.
- » Préparer l'intubation et aviser le Centre de référence pédiatrique si les symptômes persistent après 2 doses.

Bronchodilatateur par inhalation

- » Donner du salbutamol en nébulisation (Ventolin®) si sibilances ou signes persistants d'obstruction des voies respiratoires inférieures.

Corticostéroïdes

- » Ne **PAS** administrer systématiquement les corticostéroïdes systémiques. Ils ne diminuent pas la sévérité de la réaction, et chez l'enfant, peuvent augmenter le risque de réaction biphasique. ^{4,6,7} *Considérer* les corticostéroïdes si signes persistants d'obstruction des voies respiratoires supérieures/inférieures ou de choc.

Surveillance à l'urgence

- » Jusqu'à 15 % des enfants sont à risque de réactions biphasiques, fréquemment dans les 3-24h suivant l'anaphylaxie initiale.
- » Les facteurs de risque d'anaphylaxie biphasique comprennent :^{6,7}
 - Anaphylaxie due à un médicament ou à un déclencheur inconnu
 - Anaphylaxie sévère, soit n'importe lequel des éléments suivants : signes cardiaques (hypotension, augmentation de la tension artérielle différentielle; signes respiratoires (hypoxie, sibilances persistantes, ou détresse respiratoire); ou besoin de plus d'une dose d'épinéphrine IM
 - Délai d'administration de l'épinéphrine (plus de 60 minutes du début de la réaction initiale)
- » Le temps d'observation à l'urgence doit être individualisé selon les facteurs de risque d'anaphylaxie sévère (voir page 1) ou de réaction biphasique. Utiliser les critères suivants comme guide :

Critères	Plan
Anaphylaxie légère qui se résout avec une seule dose d'épinéphrine donnée à temps; le patient demeure asymptomatique au moins une heure suivant l'administration de l'épinéphrine	Surveiller pendant 2 heures à compter du début de la réaction
N'importe lequel des suivants : anaphylaxie qui requiert 2 doses d'épinéphrine; présentation tard le soir; patient qui habite seul ou loin des services d'urgence; patient sans accès immédiat à un auto-injecteur d'épinéphrine; antécédents d'asthme sévère ou asthme non contrôlé à présent	Surveiller pendant 6 heures à compter du début de la réaction ou toute la nuit
N'importe lequel des suivants : anaphylaxie sévère (ex. choc anaphylactique, détresse respiratoire grave); anaphylaxie qui requiert > 2 doses d'épinéphrine; anaphylaxie due aux médicaments	Hospitaliser pour au moins 24 heures

PLAN DE CONGÉ SÉCURITAIRE

1. Prise de rendez-vous avec un allergologue. Référer d'**URGENCE** tout nourrisson de moins d'un an avec allergie alimentaire potentielle.
2. Fournir un plan d'urgence pour l'anaphylaxie et des conseils de soins :
 - » Donner le [Canadian Anaphylaxis Action Plan for Kids \(Kids' CAP\)](#) ⁸
 - » Conseiller le patient/parent : comment reconnaître les symptômes et signes de l'anaphylaxie; quoi faire pour la prise en charge aigüe; quelles sont les stratégies de prévention. Utiliser la [vidéo de formation Kids' CAP](#) à cet effet.
3. Prescription :
 - » Prescrire un auto-injecteur d'épinéphrine, avec la recommandation de l'acheter immédiatement au congé
 - Prescrire un auto-injecteur d'épinéphrine pour tout patient avec anaphylaxie ou à risque d'anaphylaxie
 - Pour enfant < 15 kg, prescrire l'auto-injecteur de 0,15 mg d'épinephrine⁹ (par manque d'alternative convenable au Canada)
 - » Démontrer l'utilisation correcte de l'auto-injecteur, à l'aide d'un dispositif de pratique donné au patient/parent
 - » Considérer une ordonnance de **deux** auto-injecteurs pour tout patient avec **N'IMPORTE LEQUEL** des éléments suivants :
 - Mastocytose concomitante, ou asthme et allergie alimentaire; **OU**
 - Manque d'accès rapide aux soins médicaux; **OU**
 - Antécédents d'anaphylaxie sévère ou d'un besoin de plus d'une dose d'épinéphrine; **OU**
 - Tout patient/parent qui demande deux auto-injecteurs d'épinéphrine
 - » Quoique rarement requis après le congé, considérer recommander/prescrire un antihistaminique H1 de deuxième génération (ex. cétirizine, rupatadine) pour soulager l'urticaire légère – aviser de ne **jamais** l'utiliser pour remplacer l'auto-injecteur d'épinéphrine en cas d'anaphylaxie.
 - » **Ne jamais** recommander/prescrire un antihistaminique H1 de première génération (ex. diphenhydramine, hydroxyzine).

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 Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) 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. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, et al. [World allergy organization anaphylaxis guidance 2020](#). *World Allergy Organ J*. 2020 Oct 1;13(10).
2. Food Allergy Canada and the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology. [National Food Allergy Action Plan: Charting the Path Forward](#). 2019.
3. Gabrielli S, Clarke A, Morris J, et al. [Evaluation of Prehospital Management in a Canadian Emergency Department Anaphylaxis Cohort](#). *J Allergy Clin Immunol Pract*. April 2019.
4. Worm M, Francuzik W, Renaudin J-M, et al. [Factors increasing the risk for a severe reaction in anaphylaxis: An analysis of Data from The European Anaphylaxis Registry](#). *Allergy*. January 2018.
5. 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.
6. Alqurashi W, Ellis AK. [Do Corticosteroids Prevent Biphasic Anaphylaxis?](#) *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(5):1194-1205.
7. Shaker MS, Wallace D V, Golden DBK, et al. [Anaphylaxis: A 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation \(GRADE\) analysis](#). *J Allergy Clin Immunol*. 2020;145(4):1082-1123. doi:10.1016/j.jaci.2020.01.017
8. Alqurashi W, Awadja A, Pouliot A, et al. [The Canadian anaphylaxis action plan for kids: development and validation](#). *Patient Educ Couns*. 2020;103(1):227-233.
9. Halbrich M, Mack DP, Carr S, Watson W, Kim H. [CSACI position statement: epinephrine auto-injectors and children < 15 kg](#). *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2015 Jun 12;11(1):20.