

ANAPHYLAXIE: URGENCE PEDIATRIQUE



4^{ème} Journée Pédiatrique
QUESTIONS D'URGENCE

Joëlle Birnbaum

CHR Aubagne, CH du Pays d'Aix,
CHU Timone-Marseille.

SAMEDI 10 JUIN 2017 au Centre de congrès Agora à Aubagne **9H - 17H**

Anaphylaxie: Epidémiologie

En Europe:

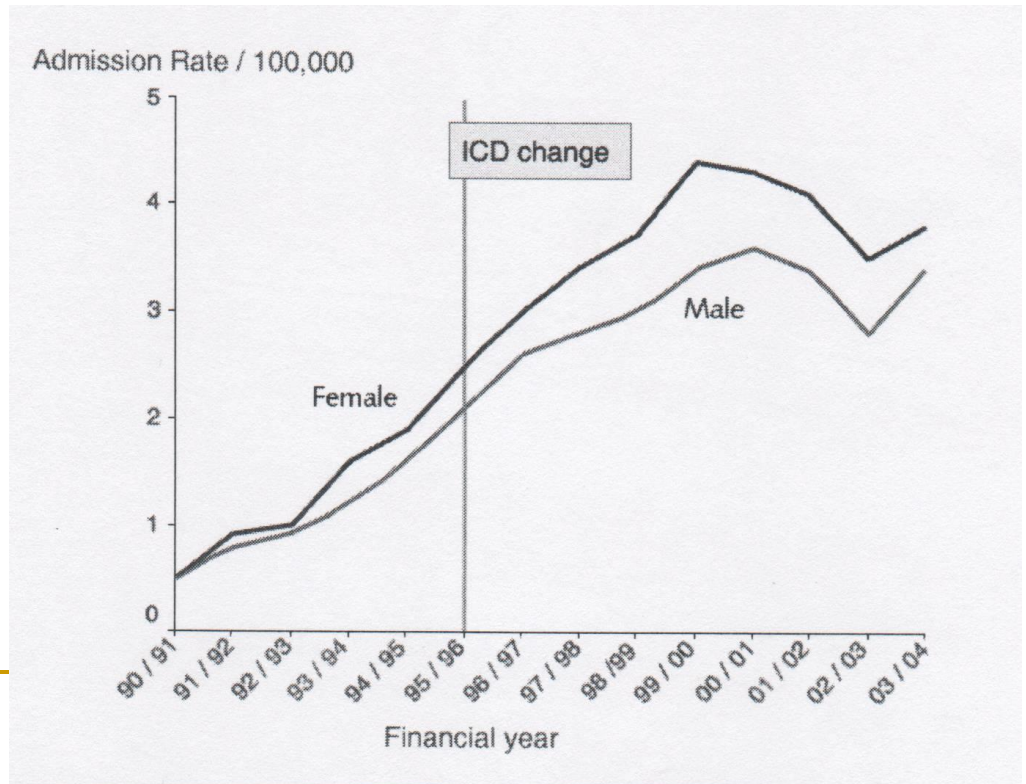
- La prévalence est évaluée à 0,3%
 - Incidence entre 1,5- 7,9 pour 100 000 habitants par an.
 - Hospitalisation adultes > enfants: 2,3 *vs* 1 pour 1000 admissions aux urgences
-

Resuscitation Council (UK) Emergency treatment of anaphylactic reactions - January 2008

Evolution dans le temps

Il y a très peu de données sur les évolution de l'anaphylaxie au niveau international, mais les données indiquent une hausse dramatique du taux d'hospitalisations pour anaphylaxie, cette hausse allant de 0,5 à 3,6 admissions pour 100 000 entre 1990 et 2004: **une hausse de 700%**.

Taux d'hospitalisations pour anaphylaxie, 1990 à 2004, Royaume Uni.



Case fatality and population mortality associated with anaphylaxis in the United States

Larry Ma, PhD,^a Theodore M. Danoff, MD, PhD,^a and Larry Borish, MD^b *Malvern, Pa, and Charlottesville, Va*

JACI, 2014; 133: 1075-83

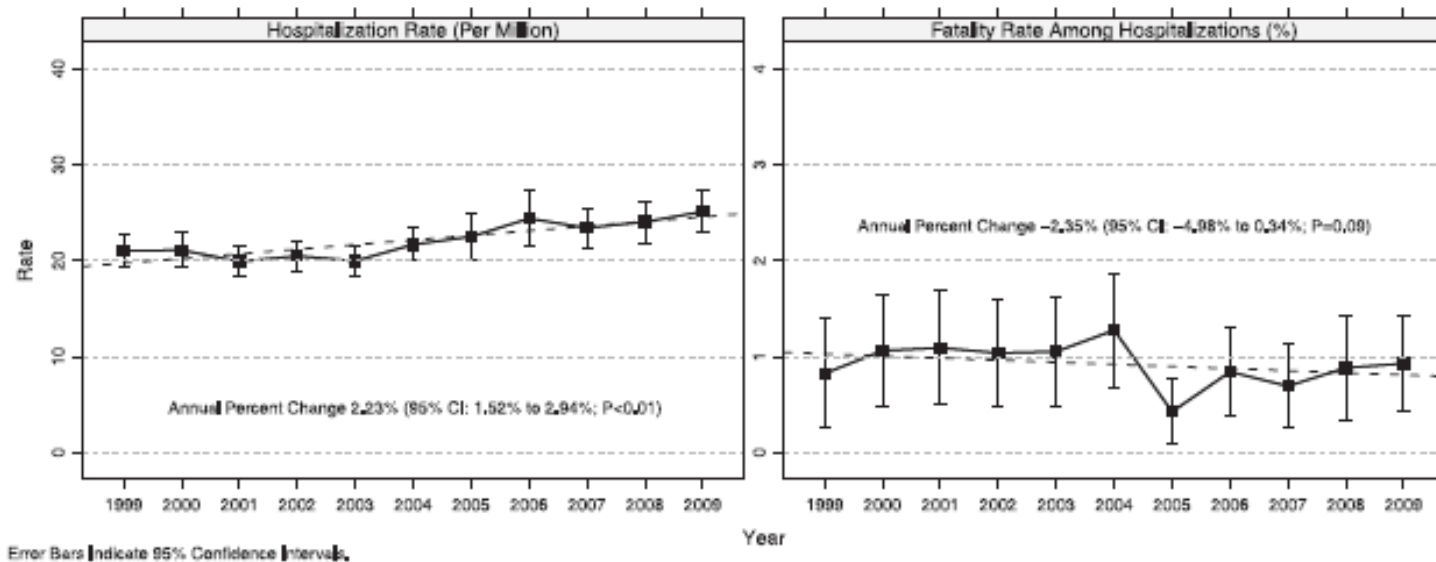


FIG 1. Trend in hospitalization rate for anaphylaxis and case fatality rate among hospitalizations (NIS).

Anaphylaxie chez l'adolescent ou l'adulte jeune

Anaphylaxis-related deaths in Ontario: a retrospective review of cases from 1986 to 2011 *Xu et al. Allergy, Asthma, Clinical Immunology 2014; 10:38*

Table 1 Characteristics of deceased persons (N = 92)

Characteristic	N (%)
Adults (>18 years of age; mean age 52)	79 (85.9)
Pediatric cases (\leq 18 years of age)	12 (13)
Teenagers (11-18 years)	10 (10.9)
All males	52 (57)
Mean age (years)	46.5
Age range	9 to 86

Les grandes causes



Anaphylaxie chez l'adolescent ou l'adulte jeune

Anaphylaxis-related deaths in Ontario: a retrospective review of cases from 1986 to 2011 *Xu et al. Allergy, Asthma, Clinical Immunology 2014; 10:38*

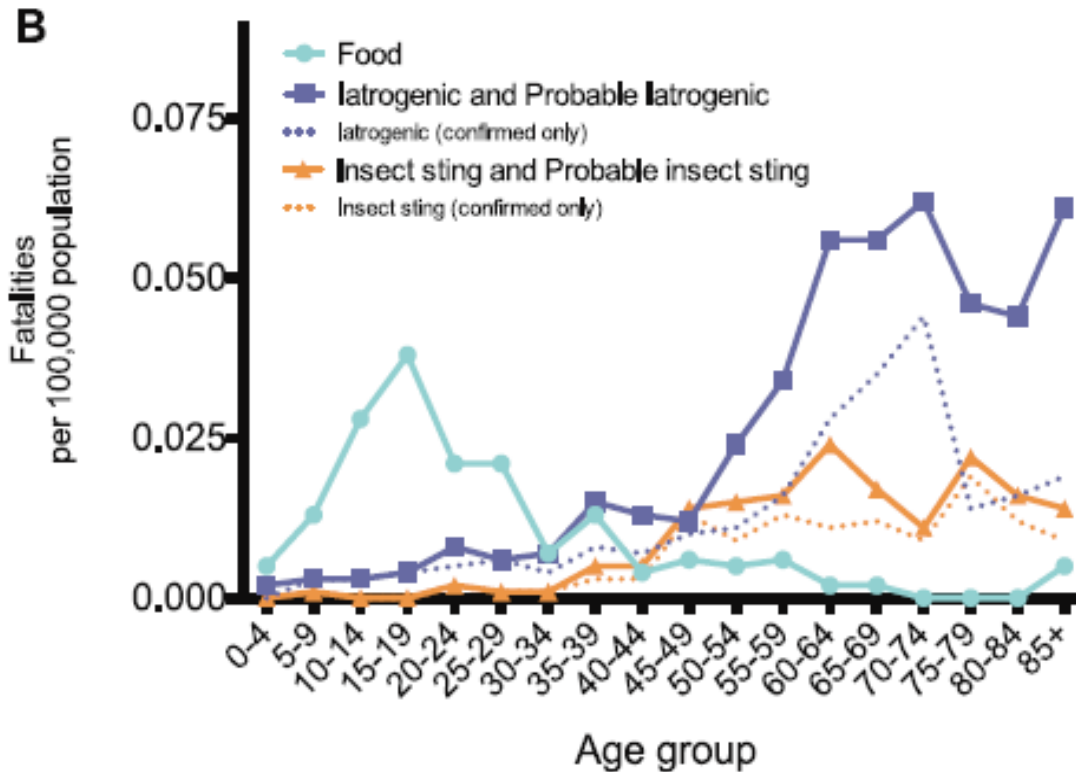


FIG 2. Age distribution of ASRs for admissions (1998-2012; **A**) and fatalities (1992-2012; **B**) caused by anaphylaxis by triggering agent (food, iatrogenic causes, and insect stings).



Chez l'enfant l'**aliment** est le principal facteur déclenchant (65% vs 20%) alors que les **médicaments** (4,8% vs 20%) et les venins d'**hyménoptères** (20% vs 40%) sont plus fréquents chez l'adulte

Update in Pediatric Anaphylaxis: A Systematic Review. *BE Chipps. Clinical Pediatrics 2013*

Table 1. Food Triggers Among Children Presenting to the Emergency Department, Percentage (95% CI)^a

	Infants (<2 years), n = 191	Preschool Aged (2-5 years), n = 171	School Aged (6-11 years), n = 150	Adolescents (12-18 years), n = 145
Peanuts ^b	31 (20-43)	26 (17-36)	22 (13-32)	10 (7-13)
Tree nuts ^b	9 (4-14)	28 (18-38)	21 (9-33)	20 (12-28)
Seeds	0	— ^c	— ^c	— ^c
Fruits/Vegetables ^b	4 (0-9)	7 (0-13)	6 (0-11)	19 (7-32)
Shellfish	— ^c	— ^c	— ^c	22 (10-35)
Fish	— ^c	— ^c	— ^c	— ^c
Food additives	— ^c	0	0	— ^c
Milk products ^b	40 (28-51)	16 (7-26)	13 (4-21)	— ^c
Eggs	9 (3-16)	— ^c	— ^c	— ^c
Wheat	— ^c	— ^c	0	0
Other	13 (5-22)	22 (11-24)	28 (14-42)	20 (10-31)

Abbreviation: CI, confidence interval.

^aReprinted from Rudders et al.¹¹ Copyright 2011, with permission from Elsevier.

^bP ≤ .02 across age groups. mm Hg + [2 × age]) from 1 to 10 years, and <90 mm Hg from 11 to 17 years

^cNot calculated because of an insufficient number of observations.

Allergènes Alimentaires les plus fréquents chez l'enfant. *D-A.Moneret-Vautrin. Rev Fr Allergo. 2008,48:171-178*

Allergènes	0-1 an 147 enfants (%)	1-3 ans 359 enfants (%)	3-15 ans 468 enfants (%)
Œuf	77,5	69,6	24,3
Lait	29,2	25,6	7
Arachide	19,7	37,6	49,3
Fruits à coque	2,7	4,4	10,2
Légumineuses	0,6	4,4	13,4
Poisson	0,6	5	10
Prunoïdées	0	0	0
Avocat, banane, châtaigne, kiwi	0,6	1,3	5,3
Apiacées	0	0	1,7
Blé, céréales	6,1	6,4	2,7

Symptômes de l'anaphylaxie

Symptômes et fréquence	
Signes subjectifs prodromiques et autres	<ul style="list-style-type: none">• Sensation de malaise, d'angoisse, de chaleur ou de mort imminente• Goût métallique dans la bouche• Prurit palmoplantaire
Signes cutanéomuqueux (84 % des cas)	<ul style="list-style-type: none">• Érythème ou rash cutané• Éruption maculopapuleuse, urticaire superficielle• Urticaire profonde (angio-œdème), souvent mieux visible sur les zones où la peau est fine (paupières, oreilles)• Paresthésies de l'oropharynx• Œdème des lèvres, de la langue ou de la luette• Larmolement, hyperhémie conjonctivale
Signes cardiovasculaires (72 % des cas)	<ul style="list-style-type: none">• Tachycardie, bradycardie (réflexe de Bezold-Jarisch), arythmie, palpitations• Hypotension, collapsus, choc, perte de connaissance• Douleur thoracique, troubles de la repolarisation• Troubles de conduction• Arrêt cardiaque
Signes respiratoires (68 % des cas)	<ul style="list-style-type: none">• Voies aériennes supérieures : rhinorrhée, congestion nasale, toux sèche, éternuements, prurit et gêne pharyngés, dysphonie, enrouement, dyspnée laryngée, stridor• Voies aériennes inférieures : polypnée ou bradypnée, dyspnée, toux, bronchospasme, baisse du débit expiratoire de pointe, gêne thoracique, difficulté à parler• Cyanose, arrêt respiratoire
Signes digestifs (45 % des cas)	<ul style="list-style-type: none">• Douleur abdominale, nausées, vomissements, diarrhées, dysphagie• Régurgitations chez le nourrisson
Signes neurologiques (15 % des cas)	<ul style="list-style-type: none">• Confusion, modification du comportement, irritabilité, céphalées• Agitation, vertige• Somnolence, léthargie chez le nourrisson• Altération de la vigilance, convulsions

Update in Pediatric Anaphylaxis: A Systematic Review.

BE Chipps. Clinical Pediatrics 2013

Table 3. Clinical Presentation Among Children Presenting to the ED Who Met the Clinical Diagnostic Criteria for Anaphylaxis, Percentage (95% CI)^a

	Infants (<2 years), n = 191	Preschool Aged (2-5 years), n = 171	School Aged (6-11 years), n = 150	Adolescents (12-18 years), n = 145
Organ system involvement				
Cutaneous	98 (94-100)	95 (90-99)	92 (87-99)	87 (78-96)
Respiratory	59 (47-71)	81 (72-89)	70 (56-83)	71 (58-83)
Gastrointestinal	56 (44-67)	50 (38-61)	59 (45-72)	59 (46-72)
Cardiovascular ^b	— ^c	— ^c	— ^c	12 (4-20)

Critères cliniques de l'anaphylaxie :

Anaphylaxie très probable quand 1 des 3 critères sont remplis

Sampson et al., JACI, 2006

- 1 Installation aiguë (minutes à quelques heures) d'une **atteinte cutanéomuqueuse** de type urticarienne^a
ET au moins un des éléments suivants :
 - Atteinte respiratoire^b
 - Hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes^c
- 2 **Au moins deux** des éléments suivants apparaissant rapidement après exposition à un **probable allergène** pour ce patient (minutes à quelques heures) :
 - Atteinte cutanéomuqueuse^a
 - Atteinte respiratoire^b
 - Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes^c
 - Signes gastro-intestinaux persistants^d (douleurs abdominales, vomissements, etc.)
- 3 Hypotension artérielle après exposition à un **allergène connu** pour ce patient (minutes à quelques heures) :
 - De 1 mois à 1 an, PAS < 70 mmHg
 - De 1 à 10 ans, PAS < 70 + (2 × âge) mmHg
 - De 11 à 17 ans, PAS < 90 mmHg
 - Adulte, PAS < 90 mmHg ou baisse de plus de 30 % par rapport à sa valeur habituelle

PAS : pression artérielle systolique.

^a Éruption généralisée, prurit, flush, œdème des lèvres, de la langue ou de la luette, etc.

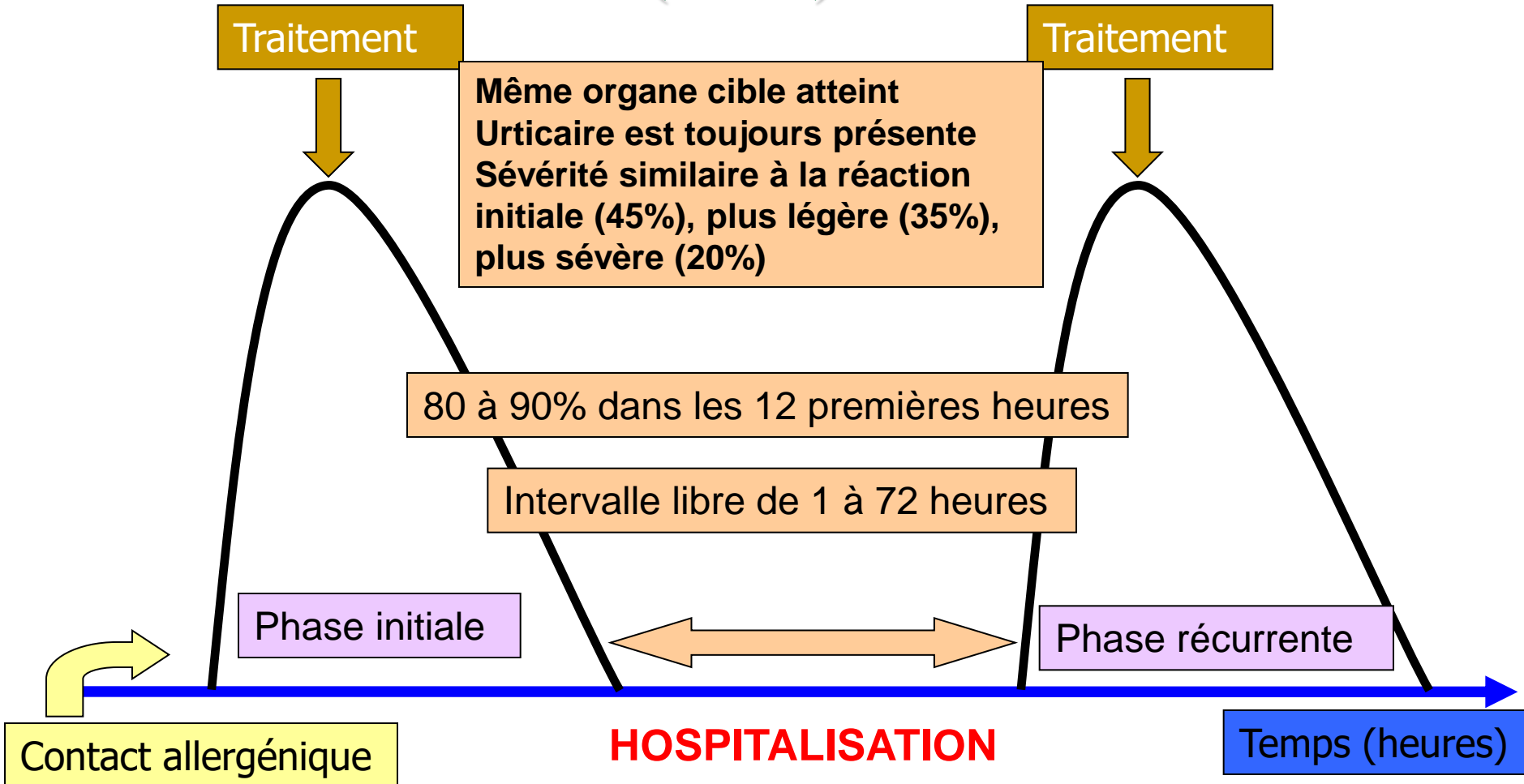
^b Dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, diminution du débit expiratoire de pointe, etc.

^c Syncope, collapsus, hypotonie, incontinence.

^d Le groupe propose d'entendre par « persistant » une symptomatologie encore présente au moment du contact médical.

Anaphylaxie : réaction biphase

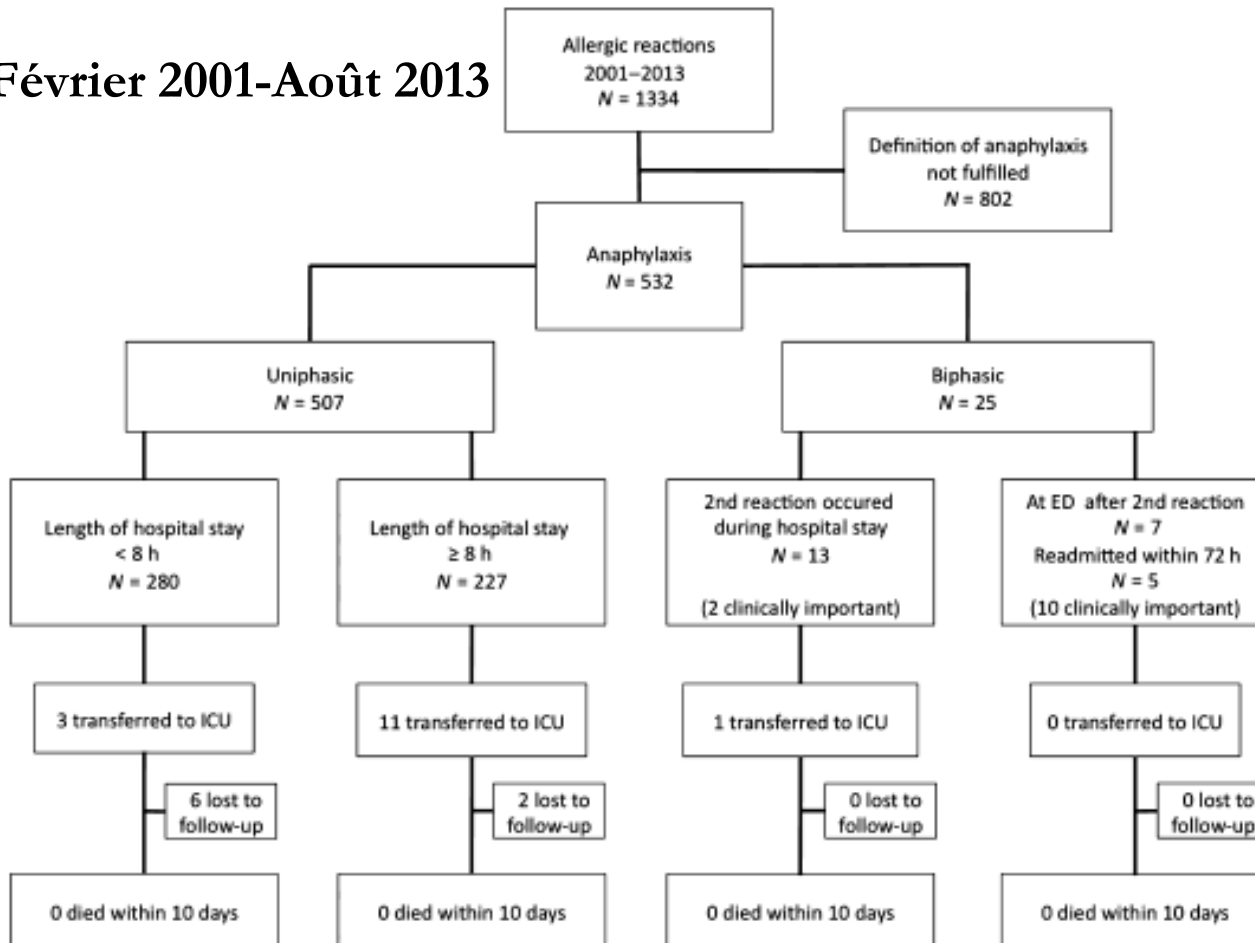
(2-20%)



- ✦ Réactions cliniques sévères et délai d'installation rapide de l'anaphylaxie
- ✦ Retard à l'administration d'adrénaline ou doses trop faibles
- ✦ Temps de résolution prolongé de l'accident

Biphasic Anaphylactic Reactions: Occurrence and Mortality. *M. Rohacek et al. Allergy*

Février 2001-Août 2013



Réaction biphasique rare, non mortelle. Pas de facteurs de risques retrouvés

Réaction biphasique: 6-11%, des enfants

Le plus souvent dans les 8 premières heures, mais parfois à plus de 72h.

Clinical predictors for biphasic reaction in children presenting with anaphylaxis. *S. MEHR et al. Clinical and Exp Allergy 2009; 39; 1390-1396*

Table 2. Anaphylactic trigger and clinical features of the initial anaphylactic reaction (comparison of biphasic vs. uniphase episodes)

Description	Biphasic (n = 12)	Uniphase (n = 95)	P value
Median time to anaphylaxis from exposure (minutes)	10 (2-210)	10 (1-450)	0.62
Type of allergen			
Food (%)	9 (75%)	79 (83%)	0.44
Drug (%)	1 (8%)	7 (7%)	1.0
Insect bite (%)	0 (0%)	4 (4%)	1.0
Unknown (%)	2 (17%)	5 (5%)	0.16
Route of allergen			
Oral (%)	9 (75%)	82 (86%)	0.3
Subcutaneous (%)	0 (0%)	4 (4%)	1.0
i.v. or i.m. (%)	1 (8%)	4 (4%)	0.45
Topical (%)	0 (0%)	1 (1%)	1.0
Unknown (%)	2 (17%)	4 (4%)	0.13
Clinical features			
Respiratory features (%)	11 (92%)	90 (95%)	1.0
URT obstruction (%)*	9 (75%)	50 (53%)	0.22
CVS features (%)	4 (33%)	20 (21%)	0.46
Hypotension (%) [†]	3 (38%)	10 (21%)	0.38
GIT features (%)	2 (17%)	90 (95%)	0.17
Skin features (%)	10 (83%)	29 (31%)	0.50

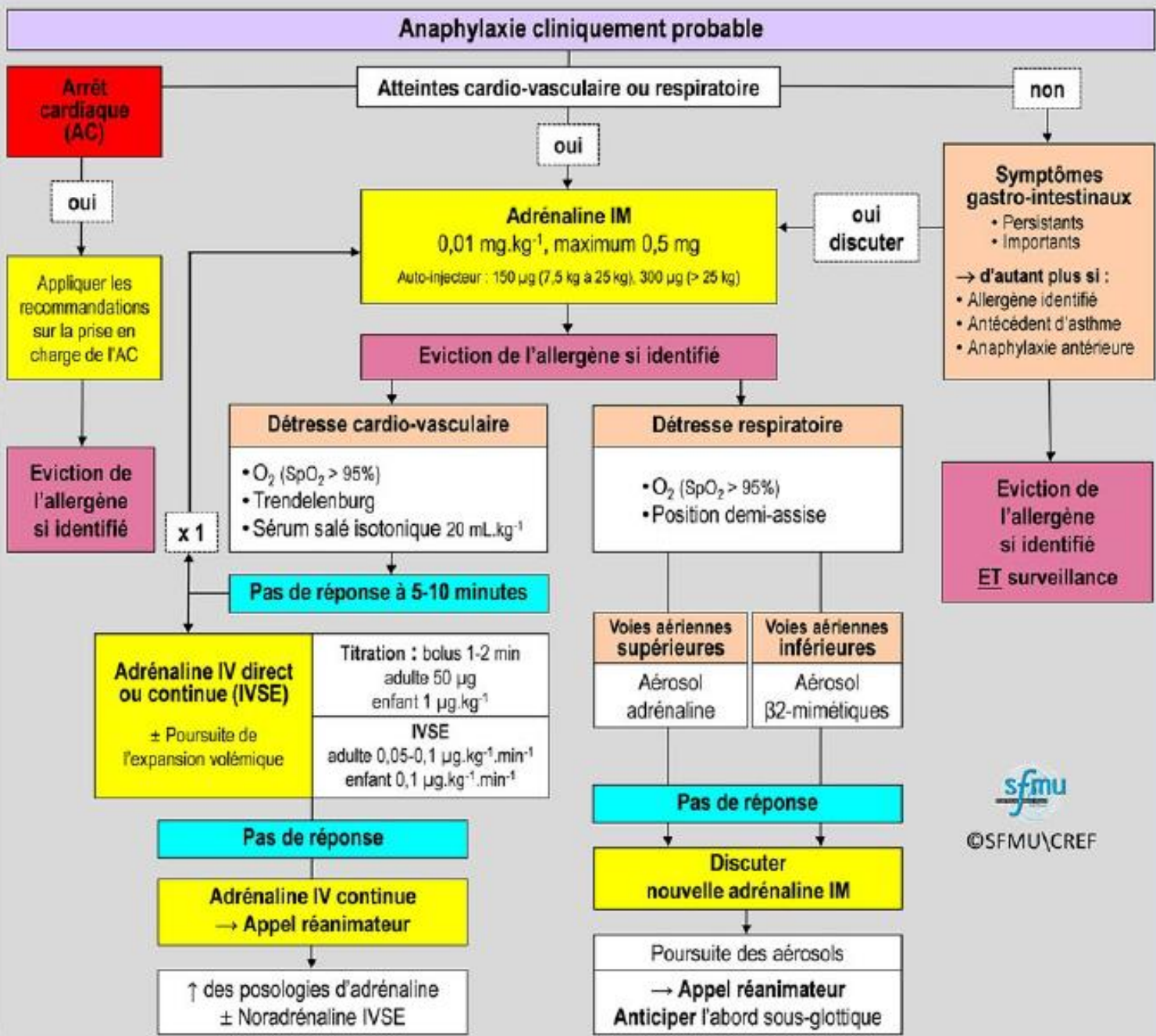
Table 1. Demographic characteristics of children with biphasic (n = 12) vs. uniphase (n = 90) reactions

Demographics	Biphasic (n = 12)	Uniphase (n = 90)	P value
Males (%)	8 (67%)	53 (59%)	0.76
Median age of presentation in years	9.6 (0.2-16.7)	2.4 (0.2-18.8)*	0.10
Presence of any atopic disease (%) [†]	7 (58%)	52 (58%)	1.0
Asthma	3 (25%)	28 (31%)	1.0
Past history of anaphylaxis (%)	2 (17%)	10 (11%) [†]	0.62

> 1 adrenaline dose administered at initial anaphylaxis	7 (58%)	21 (22%)	0.01
Median total adrenaline dose (mg/kg) administered at initial anaphylaxis	0.6 (0-3)	0.1 (0-1.4)	0.047

1^{ère} ligne thérapeutique

2^{ème} ligne



Algorithme d'une prise en charge d'anaphylaxie

A.Gloaguen et al. *Prise en charge de l'anaphylaxie en medecine d'urgence* Recommandations de la SFMU, SFA, GFRUP et SP2A. *Ann.Fr.Med.Urgence*, 2016 ;6 :342-364

3^{ème} ligne

Antihistaminiques, corticoïdes

Suivi post-critique

Dosage Tryptase

- 1^{er} dosage (pic): entre 30 minutes et 2 heures après les 1^{ers} symptômes
- 2^{ème} dosage (basale) : 24 heures après ou pendant la consultation allergologique)
- ± en post-mortem

Surveillance minimale

- 6 heures minimum quelle que soit l'atteinte
- 12 à 24 heures si atteinte sévère :
 - cardio-vasculaire
 - respiratoire

Sortie des urgences

Trousse d'urgence

- Stylo auto-injecteur d'adrénaline
- Si risque de récurrence
- Consignes écrites

Prévention

- Risque d'anaphylaxie biphasique
- Risque de récurrence
- Conseils d'éviction allergène

Consultation allergologique à distance → Remise d'un compte-rendu détaillé

ADRENALINE

- **Injection IM, rapidement, première intention et à répéter** dans les 5 minutes si nécessaire
 - **Bénéfice supérieur au risque**
 - **Pas de CI absolue** à l'utilisation d'adrénaline, même chez le sujet âgé ou porteur d'anomalies cardio-vasculaires
 - **Tolérance bonne.** Possibilité de signes transitoires: pâleur, palpitations, céphalées.
 - **Intérêt indiscutable des dispositifs auto-injectables** dans la prise en charge pré-hospitalière des manifestations anaphylactiques sévères
 - **Nécessité d'une éducation des malades etdes médecins**
 - Les médicaments associés (antihistaminiques, corticoïdes, β_2) ne sont à considérer qu'après injection de l'adrénaline
 - Tout sujet à risque d'anaphylaxie doit avoir une trousse d'urgence et un plan d'action
-

Assessment of self-administration epinephrine during a training session. *Hellstrom A et al. Acta Pedriatica 2011;100:34-35*

Injection d'adrénaline à la consultation chez des enfants asymptomatique mais nécessitant la prescription d'adrénaline

Table 1 Feelings about using Self-Administered Epinephrine answered (A) before injection, (B) 30–60 min after injection and (C) 2 weeks after injection

	A Before	B After	C 2 weeks after
Very anxious	1	0	0
Anxious	6	1	1
Neither anxious or calm	1	0	2
Calm	4	5	0
Very calm	3	9	9
Total	15	15	12

Par cette prise en charge:

- Diminution de l'anxiété à pratiquer l'injection
- Disparition de la peur de l'inconnu qui paralyse

Principales causes de non réponse à l'adrénaline en cas de choc anaphylactique: Revue de la littérature

Simons FER JACI 2004;113:837-44

- Progression rapide du choc
 - Administration trop tardive +++
 - Dose trop faible
 - Méconnaissance de la technique de l'auto-injection
 - Voie d'administration inappropriée (SC)
 - Produit périmé
 - Patient non allongé
 - Prise de bétabloquant (± IEC)
-

Adrénaline dans la prise en charge de l'anaphylaxie

de l'enfant. *A.Gloaguen et al. Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence*
Recommandations de la SFMU, SFA, GFRUP et SP2A. Ann.Fr.Med.Urgence,
2016 ;6 :342-364

	Posologie	Modalités pratiques	Délai de réadministration selon la réponse clinique
Intramusculaire		AIA 7,5 à 25 kg : 150 µg AIA > 25 kg : 300 µg	5 à 10 minutes
	0,01 mg·kg ⁻¹ maximum 0,5 mg	Non dilué seringue de 1 mL = 1 mg	
Intraveineuse (IV) directe	Bolus de 1 µg·kg ⁻¹	0,1 mg dilué dans 10 mL = 10 µg·mL ⁻¹	1 à 2 minutes
IV au pousse-seringue électrique	0,1 µg·kg ⁻¹ ·min ⁻¹		Adapter le débit
Aérosol	Minimum 0,1 mg·kg ⁻¹ maximum 5 mg	Hors AMM SSI qsp 5 mL	20 minutes

AIA : auto-injecteurs d'adrénaline en France : Anapen®, EpiPen®, Jext® ;

AMM : autorisation de mise sur le marché ; SSI qsp : sérum salé isotonique quantité suffisante pour.

EMERADE

150-300-500 μ g

IM(16-23mm)

2 gestes



EPIPEN

150300 μ g

IM (16mm)

2 gestes



JEXT

150-300 μ g

IM (16mm)

2 gestes

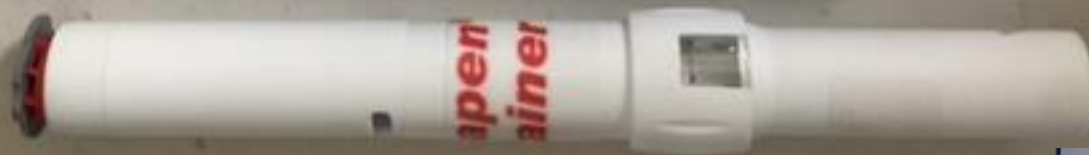


ANAPEN

150-300 μ g

SC, (7mm)

3 gestes



Péremption à 24 mois.



JEXT®/ EPIPEN®

1. Tenez l'auto-injecteur dans votre main dominante (celle que vous utilisez pour écrire)

2. Retirez le **bouchon BLEU** EpiPen®,
JAUNE Jext®



3. Placez l'extrémité orange/noire de l'auto-injecteur au milieu de la face extérieure de votre cuisse, tenez l'injecteur à angle droit de la cuisse (environ 90°). Il peut être utilisé au travers des vêtements



4. **Pressez** fermement l'extrémité noire/orange contre l'extérieur de votre cuisse jusqu'à ce que vous entendiez le **déclat** confirmant le début de l'injection



5. **ATTENTION** maintenez-le en position. Tenez fermement l'injecteur en place contre la cuisse pendant **10 secondes** (comptez lentement jusqu'à 10). Puis retirez. L'extrémité s'étire automatiquement pour recouvrir l'aiguille.

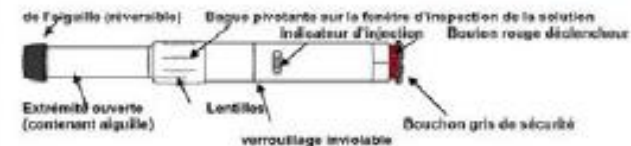
6. Puis masser



ANAPEN®

1. Tenez l'auto-injecteur dans votre main dominante (celle que vous utilisez pour écrire)

2. Retirez les **2 bouchons noirs**



3. Placez l'extrémité **fléchée** du stylo au milieu de la face extérieure de votre cuisse, tenez l'injecteur à angle droit de la cuisse (environ 90°). Il peut être utilisé au travers des vêtements.



4. **Appuyer** sur le bouton **ROUGE** pour déclencher le début de l'injection

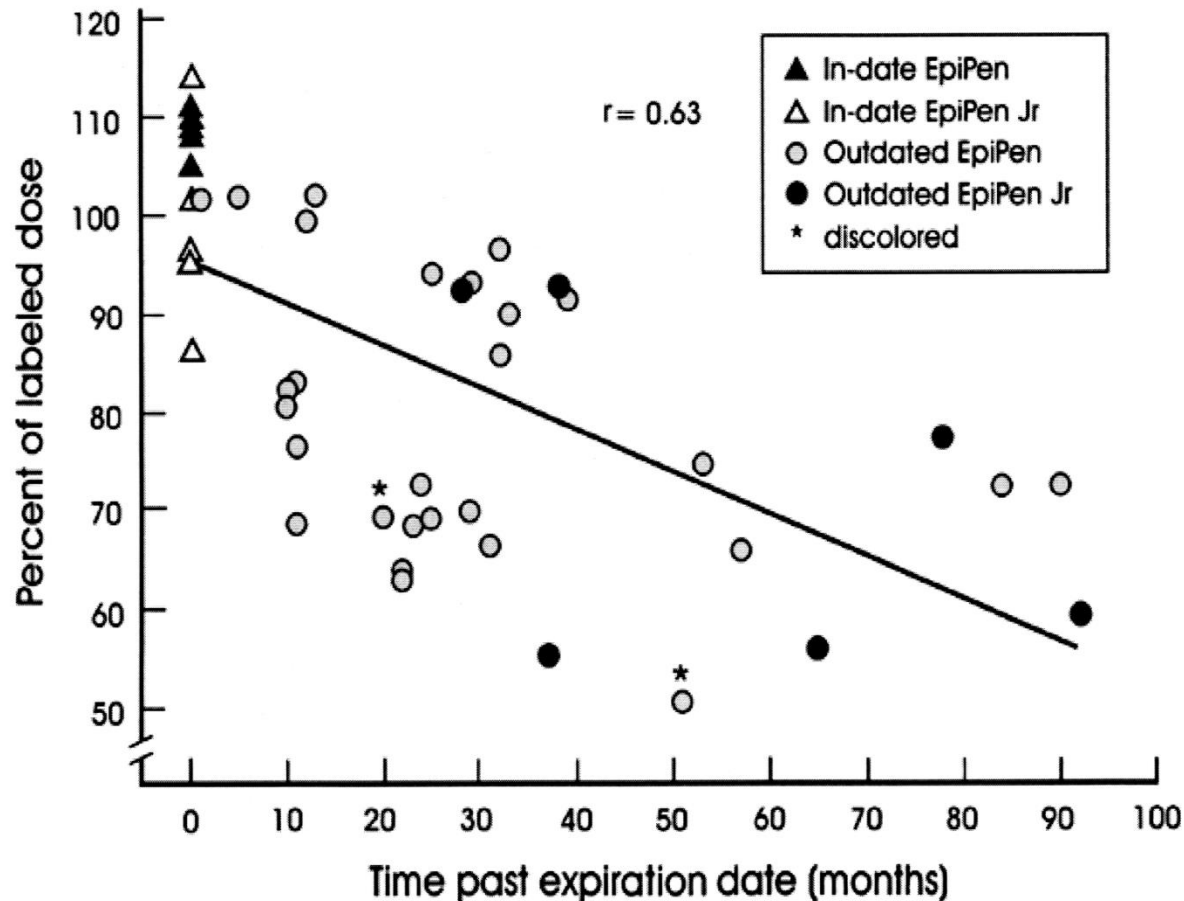


5. **ATTENTION** maintenez le stylo en position **10 secondes** (comptez lentement jusqu'à 10). Attention de ne pas vous piquer avec l'aiguille qui reste apparente.

6. Puis masser



Dose d'adrénaline résiduelle après la date de péremption. *Simons FER et coll. JACI 2000;105:1025-30*



Un dispositif périmé contient une certaine quantité d'adrénaline

Messages clés

Après avoir débuté le traitement d'urgence de la suspicion d'anaphylaxie, il est important de :

- noter les symptômes de l'épisode anaphylactique venant de se dérouler ;
- faire préciser la chronologie de la réaction :
 - noter l'heure de début de survenue des symptômes,
 - noter les circonstances ayant précédé le début des symptômes pour aider à identifier un ou des possibles facteurs déclenchants²,
- réaliser un dosage sanguin de la tryptase³ le plus tôt possible. Un deuxième échantillon est à prélever idéalement 1 à 2 heures après le début de l'épisode sans dépasser 4 heures.

Les enfants qui ont reçu un traitement en urgence pour une réaction anaphylactique suspectée doivent être hospitalisés, dans la mesure du possible dans un service de pédiatrie.

La durée de surveillance médicale d'un patient au décours immédiat d'un épisode anaphylactique suspecté est au minimum de 6 heures.

Tous les patients doivent être adressés vers une consultation d'allergologie pour une prise en charge diagnostique, thérapeutique et éducationnelle.

Dans l'attente de cette consultation :

- une seringue auto-injectable d'adrénaline⁴ doit être prescrite et son utilisation enseignée ;
- des informations écrites sont à remettre par le professionnel de santé au patient sur :
 - le mécanisme et les symptômes de la réaction anaphylactique, y compris le risque de réaction biphasique (en deux temps),
 - la conduite à tenir en cas de réaction anaphylactique (utiliser la seringue auto-injectable d'adrénaline et appeler le SAMU – centre 15 ou le 112),
 - l'utilisation correcte de la seringue auto-injectable d'adrénaline (comprenant une démonstration de l'utilisation) et quand l'utiliser,
 - si un allergène possible a été identifié, la stratégie d'éviction du ou des allergènes suspectés,
 - le service d'allergologie et/ou l'allergologue à contacter, ainsi que les associations de patients ;
- adresser une information écrite sur l'épisode anaphylactique suspecté au médecin traitant et à l'allergologue le plus rapidement possible.

Signes		Que faire ?	Soins complémentaires ?
<p>Urticaire ou Œdème ou Rhinite ou Conjonctivite</p>	<p>Boutons comme des piqûres d'ortie, Lèvres ou visage qui gonflent Éternuements et nez qui coule Yeux rouges qui grattent, yeux gonflés</p>	<p>Donner Immédiatement Anti H1</p> <p>avant 6 ans : après 6 ans :</p>	<p>Si aggravation ou si association à un autre symptôme (gêne respiratoire, extension de l'éruption à tout le corps, douleurs abdominales importantes, pâleur, malaise) : Adrénaline.....mg</p> <p>Enlever le capuchon bleu, Poser le stylo sur la cuisse en avant puis faire l'injection en appuyant le stylo fortement sur la cuisse Laisser le stylo appuyé pendant 10 secondes Maintenir la position allongée et lever les jambes Contacteur le 15 (ou le 112)</p>
<p>Crise d'asthme</p>	<p>Toux, Gêne respiratoire dans la poitrine, Respiration sifflante, Difficulté pour respirer</p>	<p>Donner : B2CA :bouffées : Mettre 1 dose à la fois dans la chambre d'inhalation. Demander à l'enfant de respirer 5 à 10 fois ; et recommencer avec une autre dose</p>	<p>Si absence d'amélioration ou aggravation : refaire B2CA ,bouffées ET Adrénalinemg</p> <p>Enlever le capuchon bleu, Poser le stylo sur la cuisse en avant puis faire l'injection en appuyant le stylo fortement sur la cuisse. Laisser le stylo appuyé pendant 10 secondes Maintenir la position allongée et lever les jambes Contacteur un médecin ou le 15 (ou le 112)</p>
<p>Oedème laryngé Et/ou Urticaire qui s'étend rapidement Et/ou Douleurs abdominales intenses Et/ou Vomissements importants Et/ou Sensation de malaise Et/ou choc</p>	<p>Gêne dans la gorge avec étouffement, asphyxie, Enfant qui change de couleur et devient bleu. Rougeur et boutons sur tout le corps. Fortes douleurs de ventre. Pâleur Malaise, enfant qui tombe inconscient</p>	<p>Adrénaline mg</p> <p>Enlever le capuchon bleu, Poser le stylo sur la cuisse en avant puis faire l'injection en appuyant le stylo fortement sur la cuisse. Laisser le stylo appuyé pendant 10 secondes Maintenir la position allongée et lever les jambes</p>	<p>Appeler immédiatement les secours : 15 (ou le 112)</p>

Prise en charge de l'anaphylaxie par le SMUR et le SAU de Brest

Thèse de F Arnould sous la présidence du Pr L Misery)

Analyse de 459 dossiers de patients arrivés aux Urgences pour anaphylaxie, entre juin 2006 et juillet 2009.

104 dossiers ont été retenus sur des informations correspondant aux items suivant : signes cliniques sévères, délai entre le contact et les symptômes connu, traitements administrés, lieu et temps de surveillance, précision sur l'existence d'un traitement de sortie et de conseils associés.

L'échantillon est majoritairement féminin (67 femmes sur 104), de 15 à 88 ans (moyenne $47,8 \pm 18,8$). La prise en charge initiale a été effectuée :

- Au SAU après arrivée direct : 43,7% des cas. 1/3 des patients a une TA systolique inférieure à 90mm Hg. **23% des patients reçoivent de l'adrénaline.**
- Par équipe SMUR: 14,6%. L'hypotension ne représente que 3,9% des cas. **40,8% des patients reçoivent de l'adrénaline**
- Par médecin généraliste : 26,2%
- Par le patient : 10,7%
- Par autre personnel médical : 4,8%

Les étiologies probables sont dominées par les médicaments (47%), suivi des aliments (19,2%), les piqûres d'hyménoptères (7,8%).

Le temps de surveillance a été très variable de 30 min à 2 jours avec une moyenne de 11 heures.

La tryptase n'a été dosée que dans 8% des cas.

Le traitement de sortie est prescrit dans 75% des cas, la plupart du temps, par antihistaminique isolé. 10% des cas se voient prescrire l'adrénaline auto-injectable et le conseil d'une consultation auprès d'un dermatologue ou d'un allergologue n'est fait que dans 6,7% des cas.

Il s'agit d'un état des lieux qui sera utile pour connaître l'évolution des procédures de prises en charge de l'anaphylaxie.

CONCLUSION

- Bien connaître les signes de l'anaphylaxie
 - Rôle clé de l'adrénaline en aigu
 - Intérêt indiscutable des dispositifs auto-injectables dans la prise en charge pré-hospitalière des manifestations anaphylactiques sévères
 - Nécessité d'une éducation des malades et
...des médecins
 - Nécessité d'une rationalisation des prescriptions (prévention des récurrences)
-