

Enrouée sous antibiotiques

FMC du 27/09/2017

Dr Noémie MARCHANT
SAU – SAMU – SMUR
CH Bourg en Bresse



- Le 10/05/17, à 20h41, votre centre 15 reçoit un appel pour une femme de 43 ans qui présente une rougeur du visage, la sensation d'une « gorge en feu » et serait gênée pour respirer.
- Vous prenez l'appel et réussissez à avoir la patiente au téléphone
 - Aucun antécédent allergique
 - Prise d'amoxicilline il y'a 10-20 minutes (traitée pour une angine depuis ce soir)
 - Démangeaisons de la face et sensation de brûlure dans la gorge
 - La patiente a du mal à finir ses phrases à cause d'une dyspnée audible à l'appel
 - Elle est dysphonique
 - Pas de douleurs abdominales mais un épisode de diarrhées

Que faites-vous?

1. Vous l'orientez sur le médecin de garde du secteur ?
2. Vous lui dites de se faire emmener rapidement par son époux sur les urgences les plus proches ?
3. Vous lui envoyez une ambulance/les pompiers pour un bilan secouriste et un transport rapide sur les urgences ?
4. Vous engagez une équipe SMUR ?

Tableau 1 Critères de Sampson et al. [3,27]. Une anaphylaxie est probable quand l'une de ces trois situations cliniques apparaît brutalement

- 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.

2. Déterminer le niveau de réponse à l'urgence d'un appel pour anaphylaxie par le régulateur médical.

R1	Anaphylaxie (selon les critères de Sampson)
R2	Réaction allergique cutanéomuqueuse évolutive sans critère d'anaphylaxie
R3/R4	Réaction allergique cutanéomuqueuse d'apparition récente, non évolutive

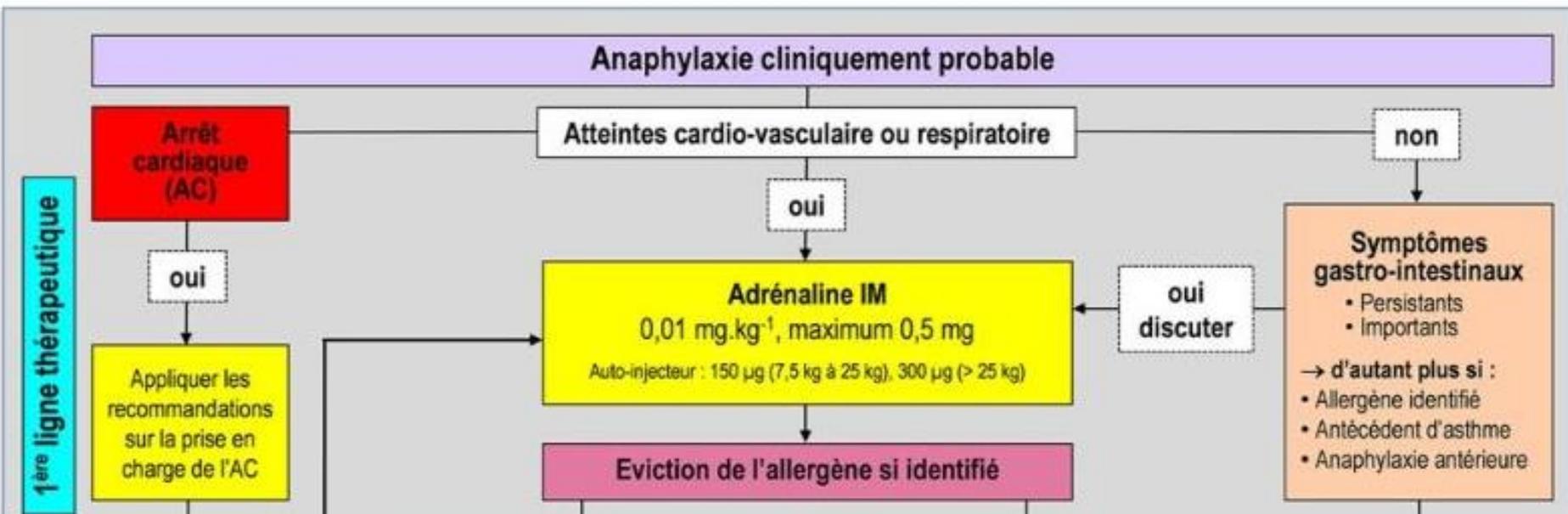
- Le SMUR se présente à 21H00 sur les lieux, les pompiers sont présents depuis quelques minutes
- La patiente est assise sur une chaise, calme
- Les constantes ont été prises par les pompiers: TA 130/78, FC 92, SaO2 100% en air, FR 22
- La patiente présente une urticaire généralisée
- Pas d'autre plainte, la voix est « presque normale » selon son époux
- Pas de sueurs ni de pâleur
- L'examen retrouve un discret œdème de la luette

Quelle est votre hypothèse diagnostique?

1. Œdème de Quincke
2. Urticaire et anxiété
3. Eruption virale dans un contexte d'angine

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

1. Anti-histaminiques
2. Corticoïdes
3. Adrénaline IM
4. Laisée sur place
5. Transport aux urgences



3^{ème} ligne

Antihistaminiques, corticoïdes

- Aux urgences (21H40, H1 appel SAMU) les signes ont quasiment disparus, l'hémodynamique est restée stable.
- L'œdème de la luvette est nettement amélioré et la patiente est totalement asymptomatique
- La patiente est pressée de rentrer chez elle

Que faites vous?

1. Retour à domicile
2. Surveillance aux urgences pendant 1 à 2H
3. Surveillance pendant au moins 6H
4. Renouvellement adrénaline
5. Corticoïdes

Suivi post-critique

Sortie des urgences

Surveillance minimale

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

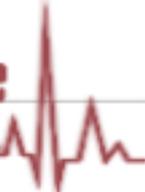
Prévention

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

ance → Remise d'un compte-rendu détaillé

Biologie?

1. NFP
2. CRP
3. Ionogramme sanguin
4. Dosage histamine
5. Dosage tryptase



<p>Suivi post-critique</p>	<p>Dosage Tryptase</p> <ul style="list-style-type: none"> → 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 	<p>Surveillance minimale</p> <ul style="list-style-type: none"> → 6 heures minimum quelle que soit l'atteinte → 12 à 24 heures si atteinte sévère : <ul style="list-style-type: none"> - cardio-vasculaire - respiratoire
<p>Sortie des urgences</p>	<p>[Empty box]</p>	<p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque d'anaphylaxie biphasique • Risque de récurrence • Conseils d'éviction allergène <p>ance → Remise d'un compte-rendu détaillé</p>

Et ensuite ?

1. Sortie simple
2. RDV rapide avec son médecin traitant pour la prise en charge
3. Prescription d'un stylo auto injecteur
4. Prescription d'anti-histaminiques

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

**Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence.
Recommandations de la Société française de médecine
d'urgence (SFMU) en partenariat avec la Société française
d'allergologie (SFA) et le Groupe francophone de réanimation
et d'urgences pédiatriques (GFRUP), et le soutien
de la Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP²A)***

**Management of Anaphylaxis in Emergency Medicine. French Society
of Emergency Medicine (SFMU) Guidelines with the Contribution
of French Allergology Society (SFA) and the French Speaking Group
in Pediatric Intensive Care and Emergency (GFRUP), and the support
of the French pediatric pneumology and allergology society (SP²A)**

**A. Gloaguen • E. Cesareo • J. Vaux • G. Valdenaire • O. Ganansia • S. Renolleau • G. Pouessel •
E. Beaudouin • H. Lefort • C. Meininger • les membres de la commission des référentiels
de la SFMU, et experts de la SFA, du GFRUP et de la SP²A**

Reçu le 27 juin 2016 ; accepté le 18 juillet 2016

