

# Choc anaphylactique

**Pr Souheil Elatrous**

You can find me at [souheilatrous@gmail.com](mailto:souheilatrous@gmail.com)

## Cas clinique

De garde, vous êtes appelé au lit d'une patiente de 60 ans qui présente un malaise. L'interrogatoire est difficile mais elle vous dit que « ça la gratte partout et qu'elle a du mal à respirer ». Elle n'a pas de douleur dans la poitrine. A l'examen la patiente a une fréquence respiratoire à 25/mn, le pouls est filant, la pression artérielle systolique est à 80 mmHg et la fréquence cardiaque à 95/mn. La SpO2 est à 89% en air ambiant. La peau est chaude, sans marbrures, et montre les éléments suivants



## Cas clinique suite

- L'auscultation retrouve des râles sifflants. L'examen de la cavité buccale retrouve un oedème de la luette et des lèvres.
- D'après son dossier médical, vous apprenez que la patiente est hospitalisée pour une exacerbation de BPCO.
- Dans ses antécédents vous notez une hypertension traitée par bêta-bloquants et la notion d'allergique aux fruits de mer et à certaines noix.
- L'ECG que vient de faire l'infirmière de nuit en vous attendant est sans particularité.

## - Question 1

Quels diagnostics doivent être considérés chez cette patiente ?

- A. Urticaire
- B. Choc septique
- C. Erythème noueux
- D. Exacerbation de BPCO
- E. Choc anaphylactique

## - Réponse 1

Quels diagnostics doivent être considérés chez cette patiente ?

- A. Urticaire
- B. Choc septique
- C. Erythème noueux
- D. Exacerbation de BPCO
- E. Choc anaphylactique

1

Qu'est-ce qu'une  
anaphylaxie?

# Qu'est-ce que l'anaphylaxie?

- L'anaphylaxie peut être définie comme une **réaction d'hypersensibilité sévère**, menaçant le pronostic vital, caractérisée par des manifestations respiratoires et / ou la circulatoires.
- Si l'anaphylaxie n'est pas traitée, elle conduira à un état d'hypoperfusion systémique suivi d'une altération de la perfusion tissulaire, appelée **choc anaphylactique**.



# Introduction

- L'anaphylaxie est la manifestation la plus grave des réactions **d'hypersensibilité immédiate**.
- Il s'agit d'un syndrome clinique résultant de la **libération de médiateurs chimiques** puissants agissant sur des organes cibles, en réponse à l'introduction d'une substance exogène dans l'organisme

# Introduction

- Il s'agit d'une réaction immunologique médiée par les **immunoglobulines E** (IgE), à l'origine d'une libération brutale de médiateurs provenant **des mastocytes** et **des polynucléaires basophiles**.
- Les symptômes sont le plus souvent brutaux et intenses et peuvent rapidement conduire au décès.
- Leur reconnaissance ne doit souffrir d'aucun retard diagnostique en vue d'instaurer un traitement précoce.

## Question 2

- L'incidence de l'anaphylaxie est estimé à:
  - A. 1 à 3 pour 10000 habitants
  - B. 10 à 15 pour 10000 habitants
  - C. 20 à 30 pour 10000 habitants
  - D. 1 à 3 pour 100000 habitants
  - E. 0 à 20 pour 100000 habitants.

## Question 2

- L'incidence de l'anaphylaxie est estimé à:
  - A. 1 à 3 pour 10000 habitants**
  - B. 10 à 15 pour 10000 habitants
  - C. 20 à 30 pour 10000 habitants
  - D. 1 à 3 pour 100000 habitants
  - E. 0 à 20 pour 100000 habitants.

## Question 3

Les piqûres d'insecte sont les causes les plus fréquentes ?

**Faux**

**Médicaments (iatrogénie)**

**Alimentaire**

**Venins d'hyménoptères**

## Question 4

La mortalité du choc anaphylactique est élevée?

**Faux**

mortalité 1 à 3 par million d'habitants

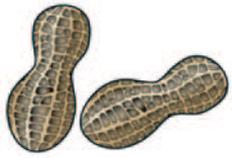
2

# Epidemiologie

# Epidémiologie

- On estime entre **1 et 3 pour 10 000 habitants** les cas d'anaphylaxies sévères.
- La mortalité par anaphylaxie est de l'ordre de **1 à 3 par million d'habitants**
- Les réactions d'origine médicamenteuse et alimentaire représentent l'une des causes les plus fréquentes d'anaphylaxie

# IMMUNOLOGIC MECHANISMS (IgE dependent)



peanut



tree nuts



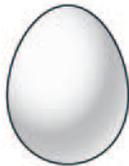
shellfish



fish



milk



egg



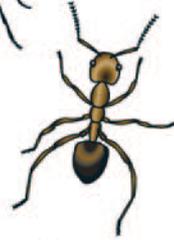
soybean



peach



sesame



stinging insects



$\beta$ -lactam antibiotics\*



NSAIDs\* \*\*



biologic agents\*

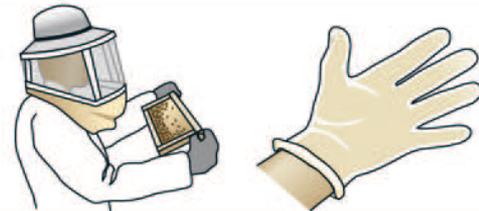
## Foods

## Venoms

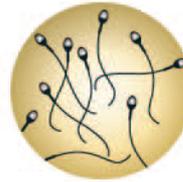
## Medications\*



Natural rubber latex



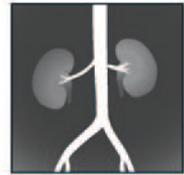
Occupational allergens



Seminal fluid

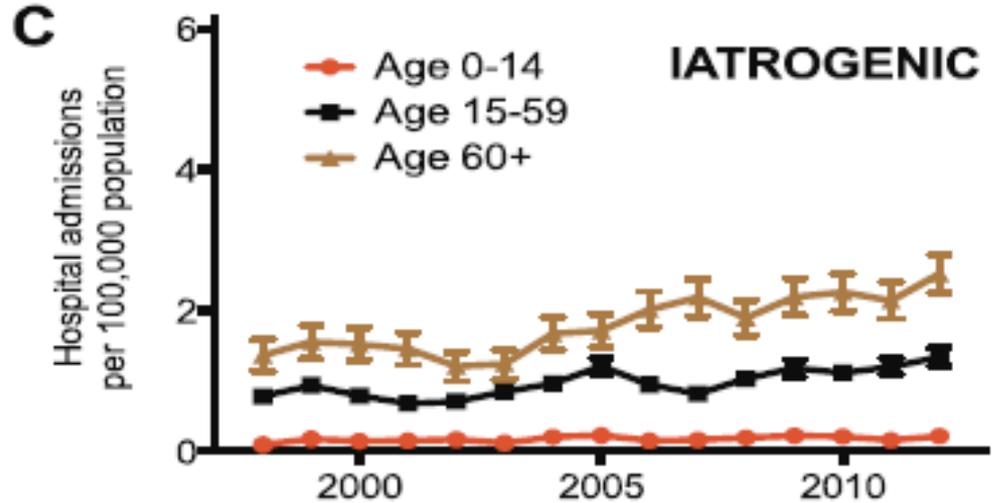


Aeroallergens

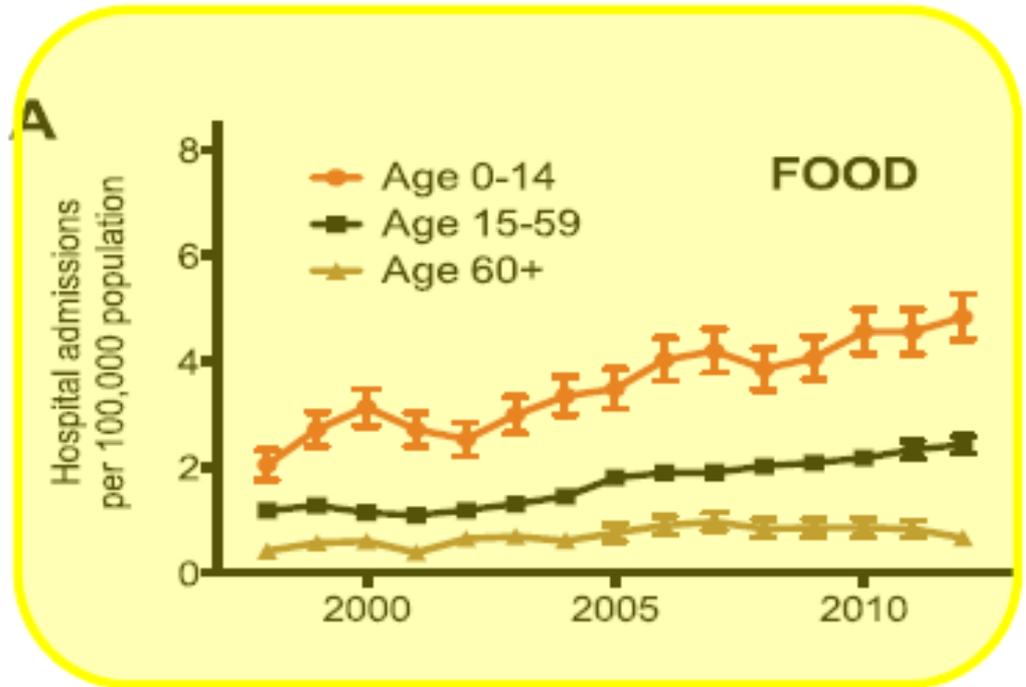


Radiocontrast media\*

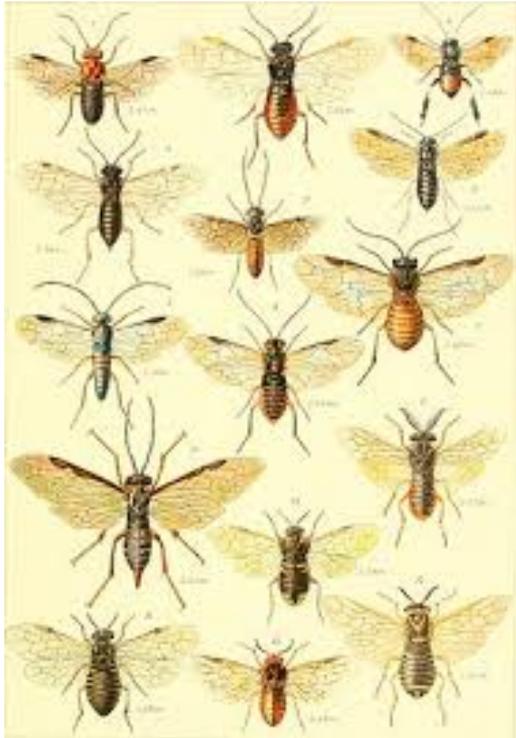
# Médicaments



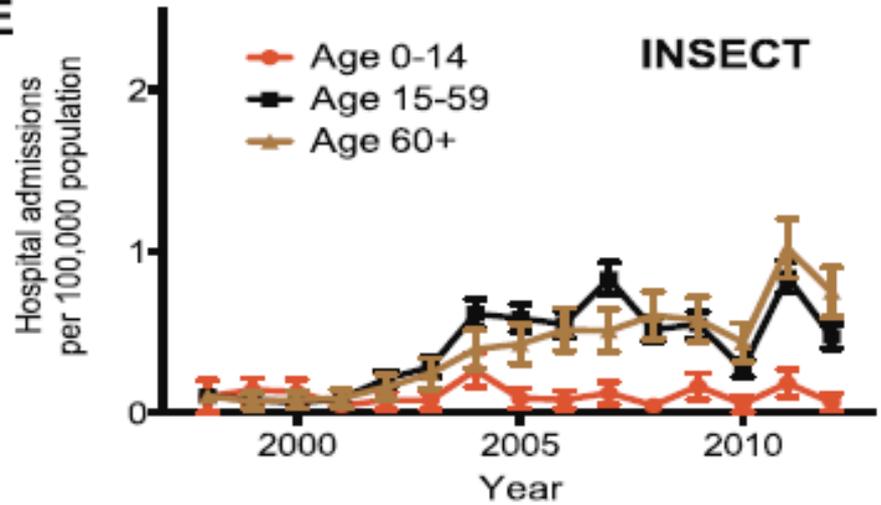
# Aliments allergènes



# Hyménoptères



E



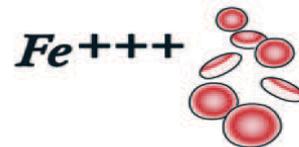
## IMMUNOLOGIC MECHANISMS (IgE independent)



**Radiocontrast media\***

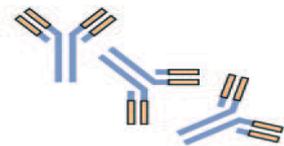


**NSAIDs\* \*\***



**Dextran**

(e.g. HMW\*\*\* iron or other source)



**Biologic agents\***

(e.g. some monoclonal antibodies)

## NONIMMUNOLOGIC MECHANISMS (Direct mast cell activation)



**Physical factors**

(e.g. exercise, cold, heat, sunlight)



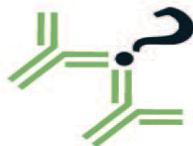
**Ethanol**



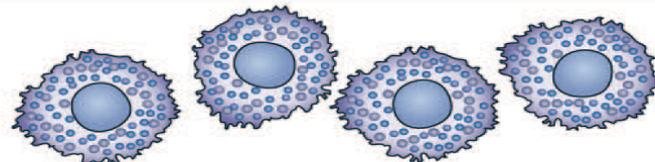
**Medications\***

(e.g. opioids)

## IDIOPATHIC ANAPHYLAXIS (No apparent trigger)



**Previously unrecognized allergen?**



**Mastocytosis/clonal mast cell disorder?**

\*Trigger anaphylaxis by more than one mechanism

\*\*NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs

\*\*\*HMW, high molecular weight

# Epidémiologie

- En anesthésie, la fréquence des réactions allergiques est estimée à **100,6 [76,2-125,3]/million d'anesthésies**.
  - ✓ femmes: 154,9 > hommes : 55,4 / million d'anesthésie
- Les curares sont responsables de **60 a 70 %** des accidents anaphylactiques per opératoires.

## - Question 5

- Concernant le choc anaphylactique
  - A. Il est associé à une vasoconstriction cutanée
  - B. Il est associé à une dysfonction ventriculaire gauche
  - C. Il peut être déclenché par un effort
  - D. Il peut être plus grave en raison de la prise de bêta-bloquant
  - E. Il peut être provoqué par une piqûre d'insecte.

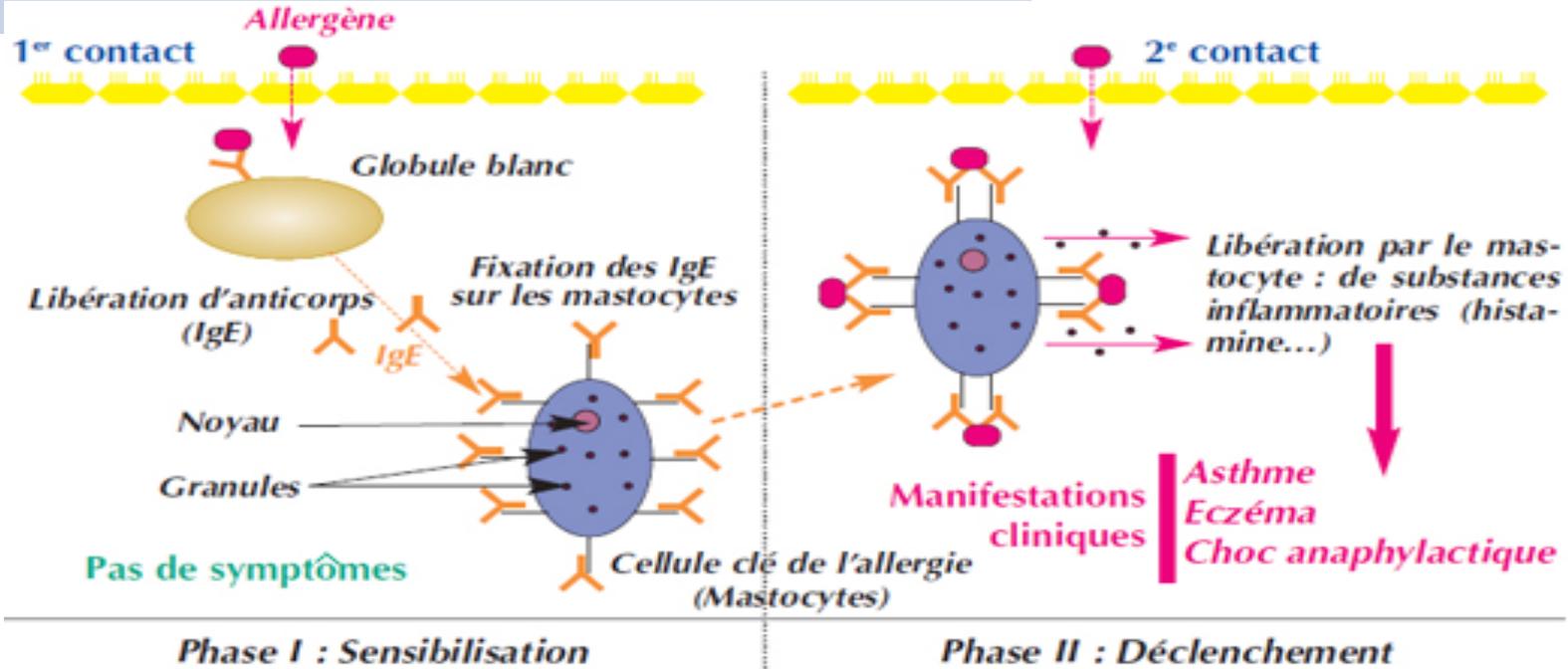
## - Question 5

- Concernant le choc anaphylactique
  - A. Il est associé à une vasoconstriction cutanée
  - B. Il est associé à une dysfonction ventriculaire gauche
  - C. Il peut être déclenché par un effort
  - D. Il peut être plus grave en raison de la prise de bêta-bloquant
  - E. Il peut être provoqué par une piqûre d'insecte.

# 3

**Quel est le mécanisme  
de l'anaphylaxie**

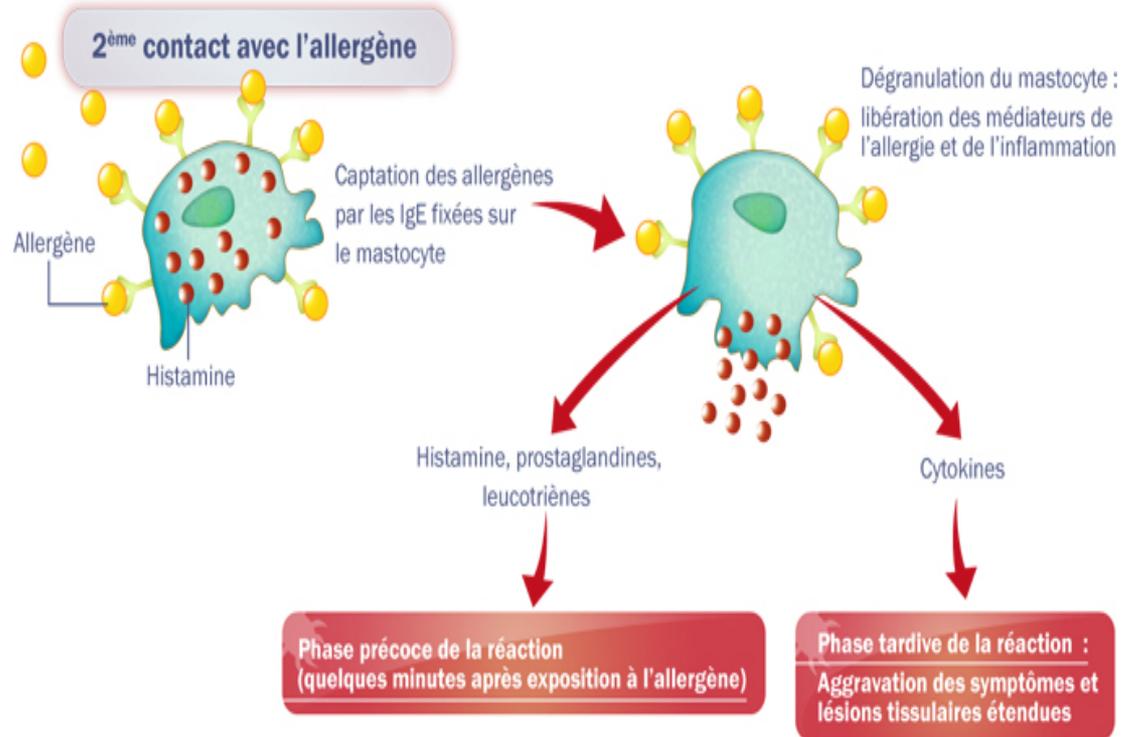
# Réaction à 2 temps



Contact préparant avec l'allergène : asymptomatique et synthèse d'IgE (mastocytes et basophiles)

Contact déclenchant : dégranulation des mastocytes et des basophiles

# Anaphylaxie



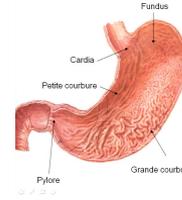
Blood clots



Gastric acid secretion

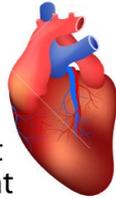


Estomac : Sécrétion, digestion et motricité

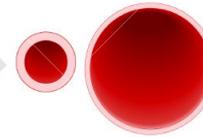


- **Sécrétion du suc gastrique**
  - Pepsine (prolase)
  - Acide chlorhydrique (HCl)
  - Mucus et bicarbonate
  - Eau (2 L)
  - Facteur intrinsèque
- **Sécrétion endocrine**
  - Gastrine (1 Hcl)
  - Somatostatine (1 gastrine)
- **Motricité**
  - mélange avec le suc gastrique
  - régulation de la vidange gastrique

Frequent heartbeat

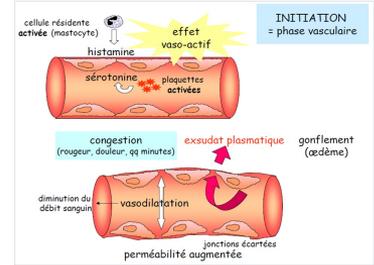
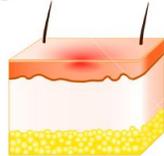


Blood vessels to dilate



**Histamine**

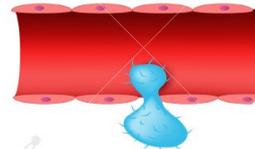
Swelling and inflammation



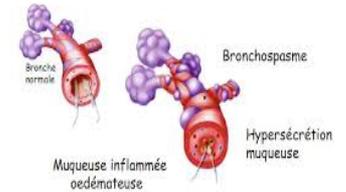
Adrenaline is released



Bronchoconstriction



Increases the permeability of the capillaries



## Autres médiateurs

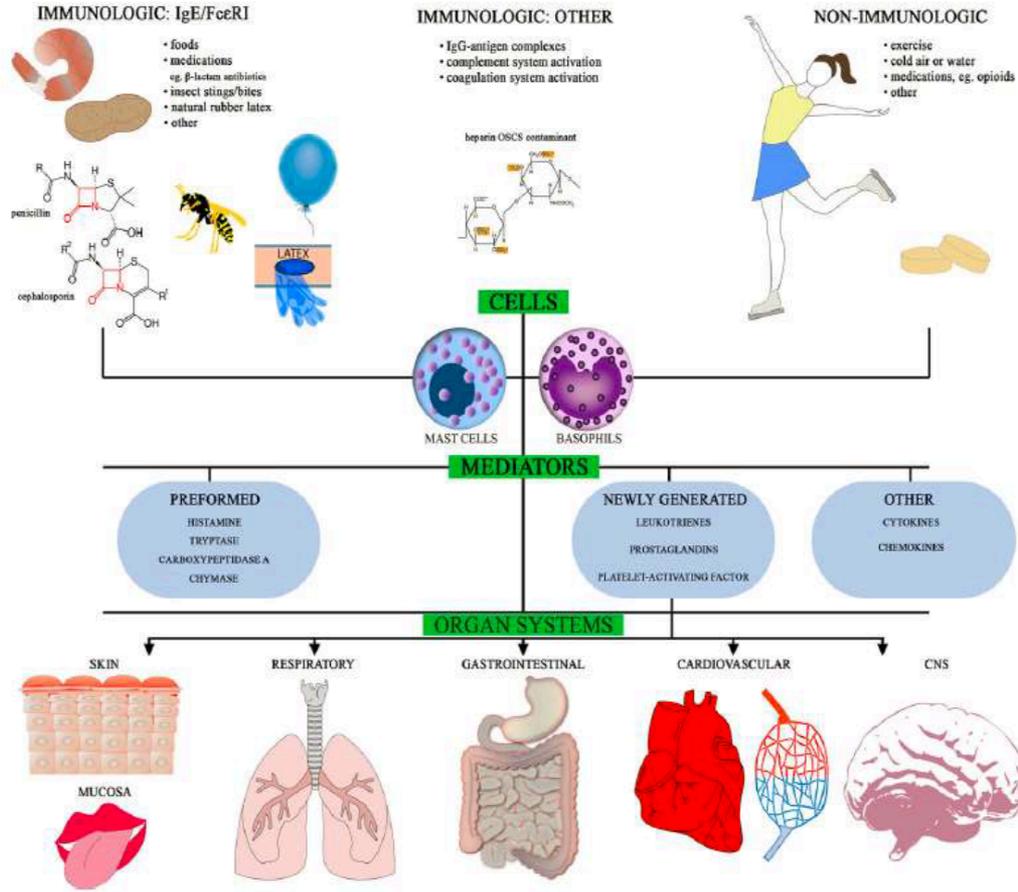
- Tryptase : dosage plasmatique
- acide arachidonique
  - leucotriène
  - prostaglandines
- thromboxane A2
- système du complément,
- coagulation : facteur d'activation plaquettaire: (PAF)

- Les accidents d'hypersensibilité immédiate IgE-médiés sont à différencier des réactions non IgE-médiées (anaphylactoides) par histaminolibération pharmacologique non spécifique et des réactions avec activation directe du complément

# Profil hémodynamique

- Le choc anaphylactique est un choc de type **distributif**.
- Son évolution hémodynamique se fait classiquement en deux phases :
  - ✓ **une phase hyperkinétique** qui dure quelques minutes, avec diminution des résistances vasculaires systémiques, hypotension, tachycardie et augmentation du débit cardiaque ;
  - ✓ **une phase hypokinétique** avec chute des pressions de remplissage secondaire à l'hypovolémie par extravasation plasmatisque (fuite capillaire) et chute du débit cardiaque.

**MECHANISMS AND TRIGGERS**



## Question 6

**Quelles sont les propositions qui s'appliquent à l'aspect des lésions cutanées dans ce contexte**

- A. Il s'agit de plaques érythémateuses
- B. La plus grande est claire en son centre
- C. Elles sont habituellement saillantes
- D. Elles sont habituellement non prurigineuses
- E. Elles peuvent apparaître brutalement

## Question 6

**Quelles sont les propositions qui s'appliquent à l'aspect des lésions cutanées dans ce contexte**

- A. Il s'agit de plaques érythémateuses
- B. La plus grande est claire en son centre
- C. Elles sont habituellement saillantes
- D. Elles sont habituellement non prurigineuses
- E. Elles peuvent apparaître brutalement

4

Comment reconnaître la  
réaction anaphylactique ?

- La majorité des réactions survient dans les minutes à quelques heures suivant l'introduction de l'allergène dans l'organisme.
  - ✓ **Médicaments IV**: 2 – 3 minutes; **IM**: 30 minutes
  - ✓ **Médicaments per os**: 30 minutes – 2 heures
  - ✓ **Latex**: 15 – 30 minutes
  - ✓ **Aliments**: 2 – 3 heures

- Le choc anaphylactique est caractérisé par sa brutalité et sa rapidité d'installation.
- Plus la réaction survient rapidement après le contact avec l'allergène, plus elle risque de compromettre rapidement le pronostic vital

## Clinique

- Le tableau clinique associe a des degrés variables des signes généraux tels que **malaise**, **angoisse**, **prurit**...



# Les signes objectifs comprennent des manifestations:



## **Cutaneo-muqueuses**

1er a apparaître (prurit, urticaire, œdème de quinke), visage cou partie antérieur et supérieur du thorax



## **Circulatoires**

tachycardie, hypotension, collapsus, troubles du rythme, arrêt cardiaque

## **Respiratoires**

dyspnée, bronchospasme, Obstruction VAS Modification de la Voix (roque) = gravité



## **Signes neurologiques**

angoisse, obnubilation confusion coma convulsions



## **Gastro-intestinaux**

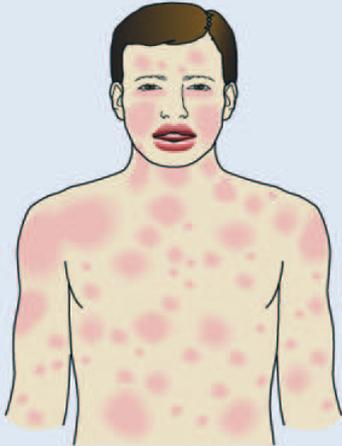
(diarrhées, vomissements)

# Critères clinique de diagnostic d'une anaphylaxie

**Anaphylaxis is highly likely when any one of the following three criteria is fulfilled:**

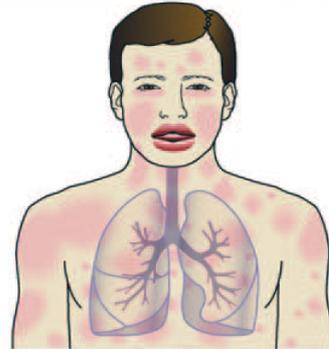
**1**

**Sudden onset of an illness (minutes to several hours), with involvement of the skin, mucosal tissue, or both (e.g. generalized hives, itching or flushing, swollen lips-tongue-uvula)**



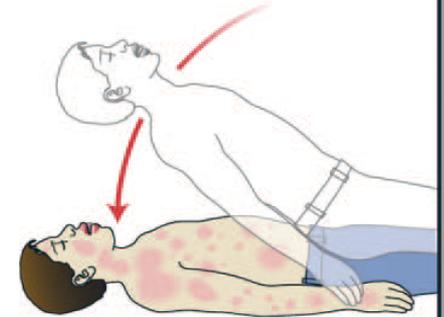
**Urticaire  
démangeaisons ou  
bouffées de chaleur  
gonflement lèvre-  
langue-luette**

**AND AT LEAST ONE  
OF THE FOLLOWING:**



**Sudden respiratory symptoms  
and signs**

(e.g. shortness of breath, wheeze,  
cough, stridor, hypoxemia)



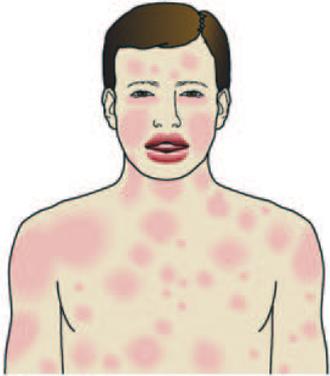
**Sudden reduced BP or  
symptoms of end-organ  
dysfunction (e.g. hypotonia  
[collapse], incontinence)**

# Critères clinique de diagnostic d'une anaphylaxie

OR

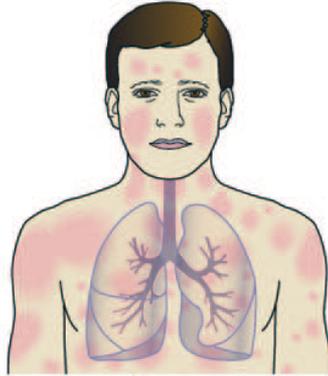
2

Two or more of the following that occur suddenly after exposure to a *likely allergen or other trigger*\* for that patient (minutes to several hours):



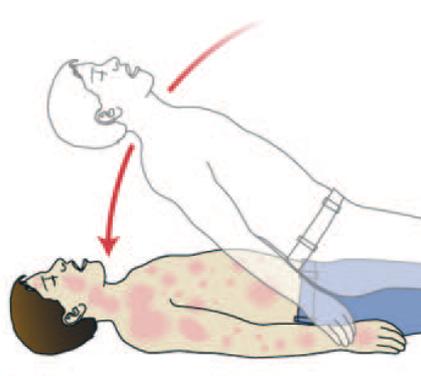
**Sudden skin or mucosal symptoms and signs**

(e.g. generalized hives, itch-flush, swollen lips-tongue-uvula)

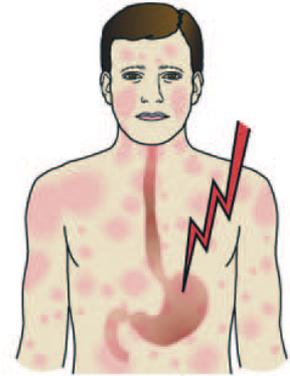


**Sudden respiratory symptoms and signs**

(e.g. shortness of breath, wheeze, cough, stridor, hypoxemia)



**Sudden reduced BP or symptoms of end-organ dysfunction** (e.g. hypotonia [collapse], incontinence)



**Sudden gastrointestinal symptoms** (e.g. crampy abdominal pain, vomiting)

# Critères clinique de diagnostic d'une anaphylaxie

OR

**3**

Reduced blood pressure (BP) after exposure to a *known allergen\*\* for that patient* (minutes to several hours):



Infants and children: low systolic BP (age-specific) or greater than 30% decrease in systolic BP\*\*\*



Adults: systolic BP of less than 90 mm Hg or greater than 30% decrease from that person's baseline

## Grades de sévérité

selon classification adaptée de Ring et Messmer

Grade I



Pas de menace vitale

Signes cutanéomuqueux

érythème, urticaire, avec ou sans œdème angioneurotique

Grade II



Menace vitale

Atteinte viscérale modérée

- signes cutanéomuqueux, hypotension et tachycardie inhabituelles,
- hyperréactivité bronchique (toux, difficulté ventilatoire)

Grade III



Forte menace vitale

Atteinte viscérale sévère

- collapsus, tachycardie ou bradycardie, troubles du rythme cardiaque,
- bronchospasme;
- les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'après la remontée tensionnelle.

Grade IV



Arrêt circulatoire et/ou respiratoire

Arrêt circulatoire et/ou respiratoire

# Bilan immédiat

- grade II et plus
- Histamine demi-vie courte
- **Tryptases** d'origine mastocytaire (max 1-2H et diminue progressivement dans les 10 à 12 h suivantes)
- **Dosage d'ac spécifiques** de certains produits
- **les IgE spécifiques de certains allergènes** : les venins d'hyménoptères, latex, certains antibiotiques, curares peuvent être détectées dans le sang par des dosages radio-immunologiques.

# Bilan allergologique

- consultation immuno-allergologique 4 à 6 semaines plus tard
- test cutanée (prick tests)
- recherche d'IGE spécifiques
- les tests d'histaminolibération leucocytaires
- dans certains cas test de provocation sous contrôle médical

## Question 7

- Vous apprenez par l'infirmier de nuit qu'il avait branché une perfusion d'amoxicilline à passer sur une heure, 5 minutes avant que la patiente appelle.
- **Quelle est alors la première étape de votre prise en charge ?**

**Réponse: Arrêt perfusion (Arrêt amoxicilline).**

## Question 8

- Vous avez retenu chez cette patiente le diagnostic de choc anaphylactique.
- **Comment pouvez-vous expliquer l'augmentation très modérée du rythme cardiaque ?**

**Réponse : bêta-bloquant**

## Question 9

**Certains traitement anti-hypertenseurs peuvent aggraver le pronostic ?**

**Vrai**

**Bétabloquants  
inhibiteurs calciques et IEC...**

## Question 10:

Le traitement de première intention du choc anaphylactique repose sur l'administration de :

- A. Béta-bloquant
- B. Atropine
- C. Adrénaline
- D. Corticoïdes
- E. Dobutamine

## Question 10:

Le traitement de première intention du choc anaphylactique repose sur l'administration de:

- A. Béta-bloquant
- B. Atropine
- C. Adrénaline
- D. Corticoïdes
- E. Dobutamine

## Question 11:

L'adrénaline peut être injectée par voie intramusculaires?

**Vrai**

**Dose 0,01 mg/kg  
action en 3 à 5 min**

## Question 12

**Concernant la prise en charge du choc anaphylactique en milieu hospitalier,**

- A. la surveillance de la pression artérielle est recommandée toutes les deux heures
- B. l'injection intra musculaire d'adrénaline est plus efficace que la voie sous cutanée
- C. le remplissage vasculaire est contre-indiqué en cas d'antécédent d'hypertension artérielle
- D. l'adrénaline par voie intraveineuse continue à la seringue électrique est indiquée en cas de résistance au traitement de première intention.
- E. la nébulisation d'un corticoïde est recommandée en cas de bronchospasme contemporain du choc anaphylactique

## Question 12:

**Concernant la prise en charge du choc anaphylactique en milieu hospitalier,**

- A. la surveillance de la pression artérielle est recommandée toutes les deux heures
- B. l'injection intra musculaire d'adrénaline est plus efficace que la voie sous cutanée**
- C. le remplissage vasculaire est contre-indiqué en cas d'antécédent d'hypertension artérielle
- D. l'adrénaline par voie intraveineuse continue à la seringue électrique est indiquée en cas de résistance au traitement de première intention.**
- E. la nébulisation d'un corticoïde est recommandée en cas de bronchospasme contemporain du choc anaphylactique

## Question 13

- **Vous avez décidé de transférer la patiente en réanimation. Parmi les mesures que vous mettez en oeuvre immédiatement au lit de la patiente en attendant l'arrivée du SAMU vous proposez :**
  - A. Oxygénothérapie à un débit suffisant pour obtenir une SpO<sub>2</sub> 90%
  - B. Administration d'adrénaline IM 0,5 mg
  - C. Administration d'un soluté de remplissage vasculaire à base de gélatine (gélofusine®, plasmion®) 500 ml IV à passer sur 15 minutes
  - D. Administration de terbutaline 5 mg en aérosol
  - E. Administration d'adrénaline IV par bolus IV de 0,05 mg

## Question 13

- Vous avez décidé de transférer la patiente en réanimation. Parmi les mesures que vous mettez en oeuvre immédiatement au lit de la patiente en attendant l'arrivée du SAMU vous proposez :
  - A. Oxygénothérapie à un débit suffisant pour obtenir une SpO<sub>2</sub> 90%
  - B. Administration d'adrénaline IM 0,5 mg
  - C. Administration d'un soluté de remplissage vasculaire à base de gélatine (gélofusine®, plasmion®) 500 ml IV à passer sur 15 minutes
  - D. Administration de terbutaline 5 mg en aérosol
  - E. Administration d'adrénaline IV par bolus IV de 0,05 mg

## Question 14

**La corticothérapie est le traitement de première intention du choc anaphylactique ?**

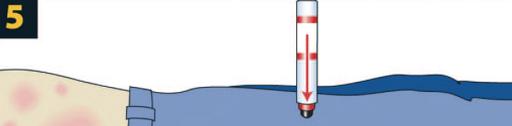
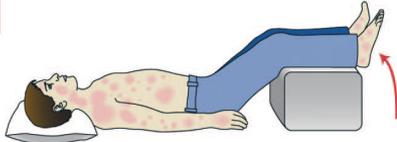
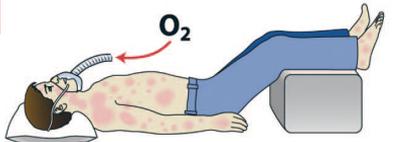
**Faux**

# 5

**Que faire devant une anaphylaxie  
et un choc anaphylactique ?**



# Prise en charge

<b>1</b> Have a <b>written emergency protocol</b> for recognition and treatment of anaphylaxis and rehearse it regularly.	
<b>2</b> Remove <b>exposure to the trigger</b> if possible, eg. discontinue an intravenous diagnostic or therapeutic agent that seems to be triggering symptoms.	
<b>3</b> 	<b>Assess the patient's circulation, airway, breathing, mental status, skin, and body weight (mass).</b>
<b>4</b> 	<b>Promptly and simultaneously, perform steps 4, 5 and 6.</b> <b>Call for help:</b> resuscitation team (hospital) or emergency medical services (community) if available.
<b>5</b> 	<b>Inject epinephrine (adrenaline) intramuscularly</b> in the mid-antrolateral aspect of the thigh, 0.01 mg/kg of a 1:1,000 (1 mg/mL) solution, maximum of 0.5 mg (adult) or 0.3 mg (child); <b>record the time of the dose and repeat it in 5-15 minutes, if needed.</b> Most patients respond to 1 or 2 doses.
<b>6</b> 	<b>Place patient on the back</b> or in a position of comfort if there is respiratory distress and/or vomiting; <b>elevate the lower extremities</b> ; fatality can occur within seconds if patient stands or sits suddenly.
<b>7</b> 	<b>When indicated, give high-flow supplemental oxygen</b> (6-8 L/minute), by face mask or oropharyngeal airway.

1- avoir un protocole écrit

2- Stopper le contact avec l'allergène présumé.

3- Étendre le patient et évaluation

4- Alerte

5- Adrénaline +++++

6- Étendre le patient, surélever les jambes.

7- Assurer la liberté des voies aériennes et Administrer de l'oxygène (masque, intubation).

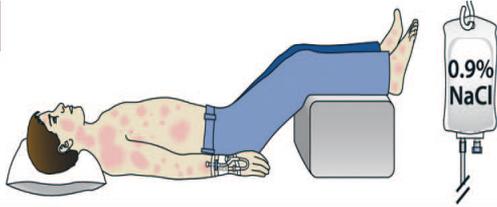
**5- Injecter de l'adrénaline en bolus intraveineux par titration toutes les 1 à 2 min, selon le grade de sévérité :**

- grade 1 : pas d'adrénaline ;**
- grade 2 : bolus 10 à 20  $\mu\text{g}$  ;**
- grade 3 : bolus 100 à 200  $\mu\text{g}$  ;**
- grade 4 : bolus de 1 à 2 mg  $\pm$  massage cardiaque externe**

# Adrénaline

- **En l'absence de voie veineuse** → **Voie IM** à la posologie max de 1 mg (10 µg/kg chez l'enfant).
- **Voie veineuse est disponible**, on injecte alors des bolus de 0,1 à 0,2 mg (on dilue une ampoule de 1 mg dans 10 ml de sérum physiologique et on injecte 1 ml ou 2 ml).
- Le bolus initial doit être renouvelé après quelques minutes si la pression artérielle n'évolue pas, jusqu'à 1 mg, voire plus s'il existe une résistance au traitement.
- Si le patient est traité par bêtabloquants, il faut augmenter les doses d'adrénaline (jusqu'à 10 mg ou plus) et adjoindre de l'atropine et du glucagon.
- Après restauration d'un niveau tensionnel normal, **l'entretien en continu** peut être nécessaire.

8



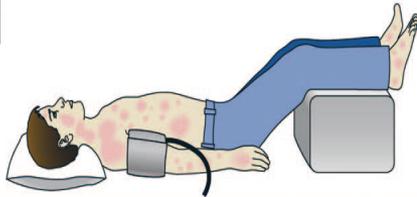
Establish intravenous access using needles or catheters with wide-bore cannulae (14 - 16 gauge). When indicated, give 1-2 litres of 0.9% (isotonic) saline rapidly (e.g. 5-10 mL/kg in the first 5-10 minutes to an adult; 10 mL/kg to a child).

9



When indicated at any time, perform cardiopulmonary resuscitation with continuous chest compressions.

10



In addition,

At frequent, regular intervals, monitor patient's blood pressure, cardiac rate and function, respiratory status, and oxygenation (monitor continuously, if possible).

**8- Remplissage vasculaire concomitant par cristalloïdes (jusqu'à 30 ml/kg) : grades 2 à 4.**

**9- MCE**

**Bronchospasme** : salbutamol en aérosol, 5 mg dans 3 ml de sérum physiologique à répéter 2 à 3 fois la première heure ; salbutamol intraveineux dans les formes résistantes, 5 à 25 µg/min.

# Les corticoïdes

- N'ont pas leur place **dans le traitement immédiat** du choc anaphylactique.
- Leur d'action n'est en effet notable qu'au bout de **4 à 6 heures**.
- **Secondairement :**
  - Ils permettraient peut-être de prévenir les rechutes.
  - corticoïdes *per os si angio-oedème*, corticoïdes intraveineux si angio-œdème laryngé.

## Question 15:

**Après résolution des signes, le patient peut rentrer chez lui?**

**Faux**

**Evolution bi phasique : 5 à 20%  
surveillance clinique de 24 heures**

# Hospitalisation

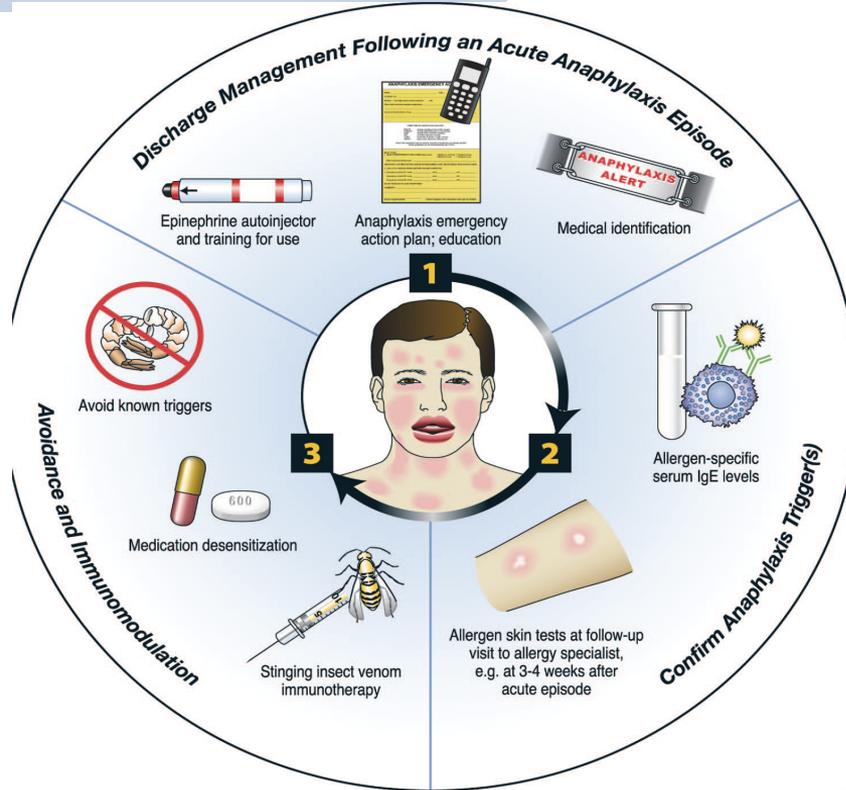
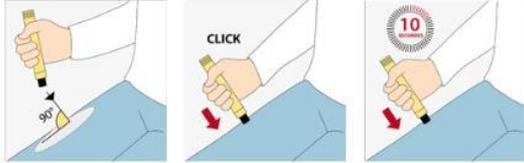
- Si le choc survient en dehors du milieu hospitalier et malgré une évolution favorable, **l'hospitalisation est indispensable** car des rechutes sont possibles durant les 24 heures qui suivent la réaction initiale.

## Question 16:

- **Deux mois plus tard, la patiente un oedème de quincke lors de la prise de cacahuètes. Que lui proposez-vous pour prévenir la survenue de réactions anaphylactiques graves. ?**
  - A. maintenir un traitement par corticoïdes oraux à faible dose au long cours
  - B. donner à la patiente liste des antibiotiques et des aliments interdits
  - C. proposez de principe une désensibilisation aux antibiotiques
  - D. prescrire un dispositif d'adrénaline auto-injectable
  - E. aucune des réponses ci-dessus n'est juste

- Deux mois plus tard, la patiente un oedème de quincke lors de la prise de cacahuètes. Que lui proposez-vous pour prévenir la survenue de réactions anaphylactiques graves. ?
  - A. maintenir un traitement par corticoïdes oraux à faible dose au long cours
  - B. donner à la patiente liste des antibiotiques et des aliments interdits**
  - C. proposez de principe une désensibilisation aux antibiotiques
  - D. prescrire un dispositif d'adrénaline auto-injectable**
  - E. aucune des réponses ci-dessus n'est juste

# Prévention de nouveaux épisodes

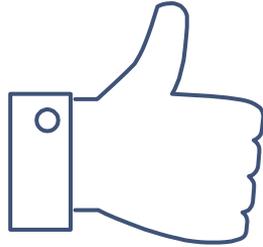


# Points clés

1. L'anaphylaxie est une réaction **d'hypersensibilité immédiate** médiée par les IgE et dont le principal médiateur est l'histamine.
2. Le choc anaphylactique est un choc de **type distributif** caractérisé par sa brutalité d'installation faisant suite à un second contact avec un allergène.
3. Les principaux **agents incriminés** sont les médicaments, les aliments et les piqûres d'hyménoptères.
4. **Les signes cutanéomuqueux** (prurit, érythème, œdème de Quincke) sont les plus fréquents et permettent le diagnostic positif.

5. Les signes respiratoires (oedème laryngé, bronchospasme) et cardiovasculaires (hypotension, tachycardie) peuvent **mettre en jeu le pronostic vital**.
6. Le diagnostic de **gravité** repose sur une classification en 04 grades.

7. Le traitement doit être **le plus précoce** possible et repose sur l'interruption de l'exposition à l'allergène, **l'administration d'adrénaline** à dose titrée en fonction de la sévérité et l'expansion volémique.
8. Les corticoïdes visent à prévenir le risque de rechute et ne sont donc pas un traitement de l'urgence.
9. En cas de réaction à un médicament, une **déclaration** de pharmacovigilance doit être effectuée.
10. **La prévention** des récives repose sur l'éducation des patients avec remise d'une carte d'allergie et la prescription éventuelle **de stylos d'adrénaline** auto-injectable.



# THANKS!

**Any questions?**