



CHOC ANAPHYLACTIQUE AU BLOC OPERATOIRE

Grades ≥ II

CONFIRMER

- Hypotension, Chute de la capnie
- Tachycardie
- Bronchospasme
- Rash retardé, Angio-œdème
(œdème laryngé, confusion avec œdème angioneurotique)
- ACR: cf. Aide Cognitive ACR

ELIMINER

- Embolie pulmonaire, amniotique
- IDM
- Pneumothorax, Obstruction trachéo-bronchique
- Surdosage en anesthésiques
- Hémorragie

INTERROMPRE l'administration du produit suspecté

APPEL À L'AIDE

STOP Chirurgie

TRAITER

- CONTRÔLE DES VOIES AERIENNES, OXYGENE PUR, VVP de bon calibre, TRENDELENBOURG
- REMPLISSAGE VASCULAIRE RAPIDE : cristalloïdes 500 ml si grade 2 et 1000 ml si grade 3, à renouveler 1 fois si besoin
- ADRENALINE IVD (ampoule de 1 mg diluée dans 10 ml = 100 µg/ml pour PAM ≥ 60 mmHg)**
 - Grade II : 20 µg puis 50 µg toutes les 2 min (attention double dilution de l'adrénaline dans ce cas)
 - Grade III : titration de 100 µg à 200 µg toutes les 1 à 2 min
 - Grade IV : boli d'adrénaline de 1 mg, cf. AC ACR
- EN CAS D'INEFFICACITE APRES 10 MINUTES
 - Doubler les Boli d'**ADRENALINE: 2 mg**
 - Adrénaline IVSE à débiter à 200 µg/h dès 3 boli IV administrés
 - **Noradrénaline** IVSE à débiter à 300 µg à 1 mg/h après 3 boli d'adrénaline
 - **Glucagon** 1 à 2 mg IVDL toutes les 5 min (si patient sous B-bloquant)
 - Poursuivre remplissage cristalloïde jusqu'à 30 ml/kg
 - Considérer monitoring non invasif de la volémie et /ou échographie cardiaque selon terrain
 - Discuter : **Vasopressine** 2 à 10 UI IVD puis poursuivre si besoin par perfusion de 2 UI/h
- EN CAS DE BRONCHOSPASME
 - Après correction de l'hypotension artérielle (le salbutamol pouvant la majorer)
 - Salbutamol en nébulisation (spray peu efficace dans la sonde d'intubation)
 - Salbutamol IVD : 100 µg à 200 µg (ampoule de 0,5 mg diluée dans 10 ml = 50 µg/ml), relais IVSE : 300 µg à 1,5 mg/h
- Prélèvements sanguins dès que possible
- Hémissuccinate d'hydrocortisone 200 mg IVDL (dose unique)
- En cas d'arrêt cardiaque réfractaire : envisager une assistance cardio-circulatoire ECLS/ECMO: (tél.....)

FEMME ENCEINTE : discuter extraction foetale immédiate si > 20 SA

- Décubitus latéral gauche
- Remplissage idem
- Adrénaline idem
- ACR : cf. AC ACR de la femme enceinte

APRÈS :

- Surveillance intensive au moins 6 h après disparition des signes
- Information du patient
- Prise de RV en Consultation d'allergo-anesthésie
- Déclaration Pharmacovigilance

Dosages	Tubes	<30min	1 à 2h	>24h
Histamine	EDTA	+	(+)	-
Tryptase	sec	+	+	+
IgE anti-AQ	sec	+	(+)	(+)

+ : recommandé ; (+) : si non réalisé au moment de la réaction.

Références: Outil SFAR. Prise en charge du choc anaphylactique. https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/07/Choc_Anaphylactique_SFAR_2010.pdf
RFE SFAR 2011, Prévention du risque anaphylactique per-anesthésique https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Prevention-du-risque-allergique-peranesthesique.pdf

Management of suspected immediate perioperative allergic reactions: an international overview and consensus recommendations. BJA2019;123(1):e50.

