

Prise en charge de l'anaphylaxie chez l'enfant

Tous les vaccins injectables sont susceptibles d'entraîner une éventuelle anaphylaxie.

Il est donc recommandé :

- **de surveiller les patients dans les 15 minutes suivant la vaccination ;**
- **de disposer du traitement médical (auto-injecteur d'adrénaline et adrénaline injectable) et d'un protocole approprié à la prise en charge immédiate de l'anaphylaxie.**

1. Généralités

L'anaphylaxie (ou encore choc anaphylactique ou réaction anaphylactique) est une réaction d'hypersensibilité systémique, généralisée, sévère, pouvant engager le pronostic vital. Il s'agit d'une complication exceptionnelle de la vaccination, estimée **à moins de 1 cas/100 000 doses**. Elle peut concerner tous les patients et tous les vaccins.

Comme il n'est pas possible de prévenir totalement la survenue d'une anaphylaxie post-vaccinale, les vaccinateurs doivent prendre les mesures préventives adéquates et être en mesure d'assurer la prise en charge précoce d'une réaction immédiate. Après l'administration d'un vaccin, chaque patient doit par conséquent rester quinze minutes sous surveillance. Le vaccinateur doit reconnaître les signes d'anaphylaxie et disposer d'adrénaline et d'un protocole afin de mettre immédiatement en route le traitement.

Tout patient présentant une anaphylaxie doit être hospitalisé pour surveillance, même en cas de régression rapide des symptômes.

Les additifs sont plus souvent en cause que l'antigène vaccinal lui-même dans la survenue de l'anaphylaxie. Aussi, un interrogatoire préalable doit rechercher des antécédents éventuels de réactions immédiates lors des vaccinations antérieures.

En cas d'antécédent de réaction anaphylactique sévère, la commission technique des vaccinations de la HAS contre-indique la vaccination par le vaccin ARNm.

En cas d'anaphylaxie à l'un des composants ou des excipients d'un vaccin à ARNm (Pfizer ou Moderna), le résumé des caractéristiques des produits contre-indique la poursuite de la vaccination.

2. Diagnostic de l'anaphylaxie

Dans la plupart des cas, **la réaction anaphylactique se manifeste dans les quinze minutes qui suivent l'injection**. Il n'existe pas de facteur prédictif de la sévérité de la réaction au début de son évolution, et le décès peut survenir en quelques minutes quel que soit le symptôme inaugural.

L'anaphylaxie se caractérise par l'apparition brutale et rapidement progressive :

- d'une éruption urticarienne prurigineuse (dans plus de 90% des cas) ;
- d'un œdème indolore et croissant au niveau du visage et de la bouche ;
- de signes respiratoires : étouffements, toux, respiration sifflante et laborieuse ;
- une hypotension évoluant parfois vers l'état de choc et le collapsus cardio-vasculaire.

Parfois, des signes digestifs peuvent être associés.

Les manifestations cutanéomuqueuses isolées ne constituent pas une anaphylaxie mais peuvent être inaugurales. Elles sont absentes dans 10% à 15% des cas.

Les critères cliniques d'anaphylaxie définis par Sampson H.A. et al., et repris par les recommandations

internationales et françaises, définissent trois situations devant conduire au diagnostic d'anaphylaxie et à sa prise en charge précoce. Ils ont une sensibilité de 97% et une spécificité de 82% ([Recommandations 2016, consensus international](#)).

Tableau des critères cliniques d'anaphylaxie définis par Sampson H.A *et al*

Une anaphylaxie est probable **quand l'une de ces trois situations cliniques** apparaît brutalement (la situation 3 ne doit pas survenir dans le cadre de la vaccination par vaccin ARNm puisque les RCP contre-indiquent la vaccination en cas d'antécédent de réaction anaphylactique au produit et que la commission technique des vaccinations contre-indique la vaccination en cas d'antécédent de réaction anaphylactique sévère :

Situation 1	Installation aiguë d'une atteinte cutanéomuqueuse de type urticarienne ^a ET au moins un des éléments suivant : <ul style="list-style-type: none"> • atteinte respiratoire^b • hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes^c
Situation 2	Au moins deux des éléments suivants apparaissant rapidement : <ul style="list-style-type: none"> • atteinte cutanéomuqueuse^a • atteinte respiratoire^b • hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes^c • signes gastro-intestinaux persistants (douleurs abdominales, vomissements, etc.)
Situation 3	Hypotension artérielle après exposition à un allergène connu pour ce patient : <ul style="list-style-type: none"> • 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

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

3. Diagnostics différentiels

Il est important de **différencier l'anaphylaxie des manifestations bénignes qui peuvent survenir lors ou au décours immédiat de l'injection d'un vaccin**, la survenue de ces manifestations étant plus fréquente que les réactions d'anaphylaxie.

a. La réaction vagale

Les manifestations cliniques sont différentes (voir tableau ci-dessous).

Tableau des symptômes comparés de l'anaphylaxie et de la réaction vagale.

	Anaphylaxie	Réaction vagale
Délai (après l'injection)	Dans les quinze minutes suivant l'injection	Pendant ou immédiatement après l'injection
Signes cutanés	Urticaire, prurit, œdème	Pâleur Pas d'urticaire ni de prurit

	Anaphylaxie	Réaction vagale
Signes respiratoires	Difficultés respiratoires : Toux, dyspnée, stridor, bronchospasme Œdème des lèvres, de la langue, du larynx	Bradypnée éventuelle, sans signes de lutte Pas de bronchospasme
Hémodynamique	Tachycardie Hypotension Perte de conscience en relation avec un collapsus cardio-vasculaire	Bradycardie, pouls régulier Hypotension transitoire, se corrigeant en position couchée Perte de conscience résolutive avec la position couchée, jambes surélevées
Signes neurologiques	Anxiété initiale	Etourdissement, sensation de perte de connaissance
Signes digestifs	Nausée, vomissement, douleurs abdominales, diarrhée	Nausée, vomissement

b. L'attaque de panique

Elle peut comporter une sensation de mort imminente, une dyspnée, un flush, une tachycardie ou des symptômes gastro-intestinaux, mais elle n'est pas associée à une urticaire, un angio-oedème, une dyspnée sifflante ou une hypotension.

4. Prise en charge de l'anaphylaxie

Le traitement principal de l'anaphylaxie repose sur **l'administration le plus tôt possible d'adrénaline par voie intramusculaire**. Des recommandations ont été éditées par la Société française de médecine d'urgence et figurent ci-après ([Recommandations 2016](#)).

Il n'y a pas de contre-indication absolue à l'utilisation d'adrénaline en cas d'anaphylaxie, y compris s'il existe une comorbidité cardio-vasculaire associée. L'injection se fait dans la face antéro-externe du 1/3 moyen de la cuisse y compris chez les patients traités par anti-thrombotiques. Des études randomisées démontrent que l'administration intramusculaire d'adrénaline dans la face antérolatérale de la cuisse (quadriceps) entraîne une concentration plasmatique plus élevée et plus rapide que l'injection sous cutanée ou l'injection dans le deltoïde.

Les corticoïdes et les antihistaminiques ne constituent pas le traitement d'urgence de l'anaphylaxie.

Auto-injecteurs d'adrénaline (AIA).



Lorsqu'ils sont disponibles, les auto-injecteurs d'adrénaline (stylos pré-remplis) constituent un gain de temps et sécurisent la dose délivrée. Cependant, ils sont conçus pour ne délivrer qu'une seule dose d'adrénaline. L'administration se pratique en intramusculaire sur la face antéro-externe du tiers moyen de la cuisse. Ces auto-injecteurs se conservent à température ambiante.

Tableau du traitement du choc anaphylactique. Auto-injecteurs d'adrénaline (AIA) : dosages, noms commerciaux, indications chez l'enfant.

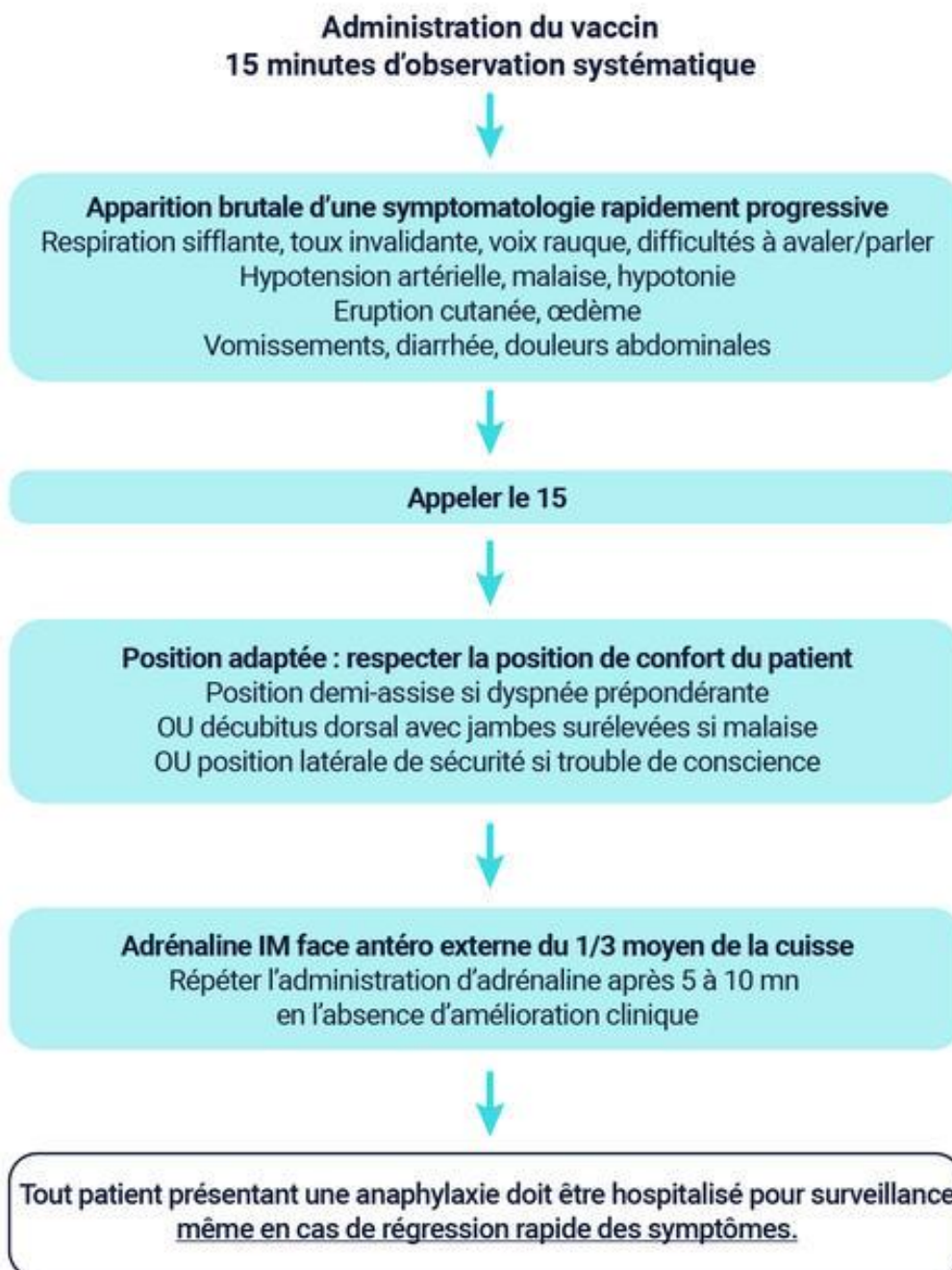
Dosage enfant de plus de 30 kg* (µg)	Noms commerciaux
300	<ul style="list-style-type: none"> • Anapen® 300 µg/0,3 ml • Emerade® 300 µg /0,3 ml • EpiPen® 0,3 mg/0,3 ml • Jext® 300µg
Dosage enfant de 15 kg à 30 kg* (µg)	Noms commerciaux
150	<ul style="list-style-type: none"> • Anapen® 150 µg/0,3 ml • Emerade® 150 µg /0,15 ml • EpiPen® 0,15 mg/0,3 ml • Jext® 150µg
*selon les RCP des produits	

Au besoin, répéter l'injection à intervalle de cinq à dix minutes selon la réponse clinique.

Prise en charge initiale de l'anaphylaxie par le vaccinateur

Prise en charge initiale de l'anaphylaxie par le vaccinateur

(adapté des Recommandations 2016 de la Société française de médecine d'urgence).



Traitement complémentaire à l'administration précoce d'adrénaline par voie intramusculaire :

Peut se faire en lien étroit avec le médecin régulateur du SAMU/centre 15 dans l'attente du transfert

- Position d'attente adaptée
 - En position de Trendelenburg si instabilité hémodynamique ou malaise
 - En position demi-assise en cas de détresse respiratoire
 - En position latérale de sécurité en cas de troubles de la conscience.
- Une oxygénothérapie à fort débit en cas de choc, d'hypotension ou de dyspnée
- En fonction des symptômes, un remplissage veineux (en cas d'instabilité cardiovasculaire après la 1^{ère} injection d'adrénaline avec du sérum salé isotonique) et/ou des aérosols de bronchodilatateurs (en cas de bronchospasme).
- En 3^{ème} ligne des corticoïdes.

Surveillance du patient avec scope et SpO2 et mise en place systématique d'une voie veineuse.
Réalisation d'un électrocardiogramme.

Le caractère imprévisible de l'évolution justifie l'appel au centre 15 (dès la survenue de l'épisode) et une surveillance minimale de 6 heures en structure hospitalière.

Pour aller plus loin

[Les recommandations de la SFMU sur la prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence \(2016\)](#)

[Le site Vaccination info service \(accès professionnel\)](#)