

Quatre grades de gravité croissante :

- I. Signes cutanéomuqueux généralisés
- II. Atteinte multiviscérale modérée avec signes cutanéomuqueux hypotension, tachycardie, hyperréactivité bronchique
- III. Atteinte multiviscérale sévère avec pronostic vital en jeu
- IV. Arrêt circulatoire et/ou respiratoire

Choc anaphylactique : collapsus + signes des grades I à III voire ACR d'emblée

- Arrêt immédiat de toute drogue en cours, y compris les colloïdes et les dérivés sanguins
- O₂ pur à haut débit
- Appel à l'aide
- Remplissage par cristalloïdes et surélévation des membres inférieurs
- Informer l'équipe chirurgicale (écouter ou arrêter la chirurgie)

Préparer une seringue d'adrénaline
(1 mg dans 10 ml, soit 100 µg/ml)
**Adrénaline IV en titration : bolus itératifs,
jusqu'à PAM > 60 mmHg**

Grade IV
traitement de l'ACR

Grade II bolus adrénaline **Grade III**
10 à 20 µg 100 à 200 µg

Bronchospasme

Si bronchospasme non amélioré par l'adrénaline

- Salbutamol inhalé (5 à 15 bouffées)
- Salbutamol en bolus IVD de 100 à 200 µg puis IVSE 0,3 à 1,5 mg/h

Hypotension

- Perfusion d'adrénaline IVSE (après 2 bolus) : 0,3 à 1,2 mg/h
- Si inefficacité circulatoire à ces doses, utiliser la phényléphrine puis noradrénaline ou terlipressine (bolus unique de 2 mg)

- Contrôle rapide des voies aériennes avec intubation (urgent avant œdème des VAS)
- Ventilation en mode manuel si bronchospasme
- Trachéotomie si IOT difficile sur œdème des VAS

Femme enceinte

Adrénaline d'emblée en débutant par des bolus de 10 µg
Décompression de la veine cave : réanimation en décubitus latéral gauche

Patient traité par β-bloquant

Doses d'adrénaline nécessaires plus élevées.
Glucagon 1 mg IVD à renouveler toutes les 5 à 10 min puis 0,3 à 1 mg/h (attention à l'hypokaliémie et hyperglycémie).

En dehors du bloc opératoire

Voie IM (adrénaline : 0,3 à 0,5 mg/5 à 10 min)
Voie intratrachéale (dose IV x 3 dans 10 ml de NaCl 09 %)