

Administration d'adrénaline en cas d'anaphylaxie

Florence Morriello MD MSc, Martin Chapman BM

■ Citation : *CMAJ* 2023 May 15;195:E683. doi : 10.1503/cmaj.221319-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221319

1 Les taux d'anaphylaxie sont en hausse

Le nombre d'hospitalisations pour anaphylaxie a été multiplié par 5–7, notamment en raison du nombre d'anaphylaxies d'origine alimentaire (principaux déclencheurs : arachides, mollusques et crustacés, noix)¹. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antibiotiques (en particulier les β -lactamines), les agents de blocage neuromusculaire et les produits chimiques sont les déclencheurs iatrogènes les plus fréquemment signalés². Les réactions à des agents chimiothérapeutiques ou immunomodulateurs sont également en hausse³.

2 L'adrénaline devrait être administrée dès que l'anaphylaxie est reconnue

L'adrénaline est le traitement de première intention de l'anaphylaxie. Les retards d'administration sont associés à des résultats plus défavorables, y compris l'arrêt respiratoire ou cardiaque⁴.

3 L'adrénaline intramusculaire est le traitement initial à privilégier

Il est recommandé d'administrer l'adrénaline par voie intramusculaire, à une dose de 0,5 mg chez les adultes et de 0,01 mg/kg chez les enfants pesant 30 kg ou moins (dose maximale de 0,3 mg chez les enfants prépubères et de 0,5 mg chez les adolescents et adolescentes)⁴. L'adrénaline s'injecte par voie intramusculaire dans le deltoïde ou dans le muscle vaste externe de la partie médio-distale de la cuisse et peut être réadministrée après 5–15 minutes⁴. Les auto-injecteurs sont efficaces; il s'agit de seringues préremplies à usage unique, offertes en doses de 0,3 mg pour les adultes, les adolescents et adolescentes et les enfants pesant plus de 30 kg, et en doses de 0,15 mg pour les enfants pesant de 15–30 kg⁴. Le dispositif doit être maintenu 3 secondes contre la peau pendant et après le déploiement pour permettre l'administration complète du contenu.

4 Les erreurs médicamenteuses liées à l'adrénaline sont fréquentes et peuvent être dangereuses

Des erreurs de voie, à savoir l'administration involontaire d'adrénaline intramusculaire par voie intraveineuse, et des erreurs de posologie d'adrénaline intraveineuse sont souvent déclarées⁵. Ces erreurs peuvent entraîner une hypertension grave, une angine, un infarctus du myocarde, un choc cardiogénique, un accident vasculaire cérébral ou une tachyarythmie potentiellement mortelle^{4,5}.

5 Les perfusions intraveineuses d'adrénaline devraient être utilisées uniquement en cas d'anaphylaxie réfractaire

L'anaphylaxie réfractaire, définie comme la persistance des symptômes malgré 2 doses d'adrénaline intramusculaire, concerne environ 1 % des cas d'anaphylaxie grave^{4,6}. En parallèle d'une consultation en soins intensifs, une perfusion intraveineuse d'adrénaline à faible dose devrait être entreprise⁴. En mélangeant 1 mg d'adrénaline avec 1000 mL de cristalloïde, on obtient une solution de 1 μ g/mL, qui s'administre à un débit de 5–20 μ g par minute (5–20 mL/min).

Références

1. Yu JE, Lin RY. The epidemiology of anaphylaxis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2018;54:366-74.
2. Baldo BA, Pham NH. *Classification and descriptions of allergic reactions to drugs: drug allergy: clinical aspects, diagnosis, mechanisms, structure-activity relationships*. 2nd ed. Switzerland: Springer Nature; 2021:17-57.
3. Giavina-Bianchi P, Aun MV, Kalil J. Drug-induced anaphylaxis: Is it an epidemic? *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2018;18:59-65.
4. Dodd A, Hughes A, Sargant N, et al. Evidence update for the treatment of anaphylaxis. *Resuscitation* 2021;163:86-96.
5. ISMP National Medication Error Reporting Program. Horsham (PA): Institute for Safe Medication Practices. Accessible ici : <https://www.ismp.org/error-reporting-programs> (consulté le 19 janv. 2023).
6. Francuzik W, Dölle-Bierke S, Knop M, et al. Refractory anaphylaxis: data from the European anaphylaxis registry. *Front Immunol* 2019;10:2482.

Intérêts concurrents : Martin Chapman est le coprésident du comité de réanimation du Centre Sunnybrook des sciences de la santé. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Faculté de médecine Temerty (Morriello, Chapman) et divisions de médecine interne générale (Morriello), de médecine de soins intensifs (Chapman) et d'anesthésiologie et de médecine de la douleur (Chapman), Université de Toronto, Toronto, Ont.; Département de médecine (Morriello), division de médecine interne générale (Morriello), École de médecine du Nord de l'Ontario, Sudbury, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Florence Morriello, Florence.morriello@utoronto.ca