

**PROTOCOLE POUR LA GESTION
DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION
EN MILIEU NON HOSPITALIER**

Version 1.0

**Bureau du médecin-hygiéniste en chef,
Unité de contrôle des maladies transmissibles**

Revised Février 2011

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

Table des matières

2.0	ANAPHYLAXIE	3
2.1	Description	3
2.2	Présentation clinique.....	3
2.3	Évaluation	4
3.0	ÉVALUATION PRÉ- ET POST-VACCINATION	5
3.1	Pré-vaccination	5
3.2	Post-vaccination.....	6
4.0	DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ANAPHYLAXIE	6
4.1	Réaction vasovagale.....	6
4.2	Anxiété/réaction à la douleur.....	7
4.3	Spasmes de sanglot.....	9
4.4	Réactions allergique.....	9
4.5	Réactions au site d'injection.....	9
5.0	TRAITEMENT D'URGENCE DE L'ANAPHYLAXIE.....	10
6.0	TRANSPORT DU CLIENT	12
7.0	DOSSIERS ET SIGNALEMENT.....	13
8.0	APPROVISIONNEMENT D'ÉPINÉPHRINE ET AUTRES FOURNITURES D'URGENCE.....	13
8.1	Solution aqueuse d'épinéphrine (adrénaline)	14
9.0	MAINTIEN DES COMPÉTENCES EN IMMUNISATION	15
10.0	FEUILLE DE TRAVAIL POUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE L'ANAPHYLAXIE.....	17
11.0	RÉFÉRENCES.....	20

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

1.0 PORTÉE

Le présent guide vise à aider les vaccinateurs relativement à la prévention et à l'atténuation de même qu'à l'évaluation et à la prise en charge de réactions anaphylactiques soupçonnées ou confirmées dans une clinique de santé publique, un cabinet de médecin ou un milieu non hospitalier semblable.

2.0 ANAPHYLAXIE

2.1 Description

L'anaphylaxie est une réaction allergique grave à une substance étrangère qui survient rapidement et qui peut entraîner la mort dans certains cas.

Même si l'anaphylaxie est extrêmement rare, chaque immunisation présente un risque associé de réaction anaphylactique. D'après les données canadiennes de la surveillance relatives aux effets indésirables des vaccins pour la période de 1990 à 2005, le taux annuel d'anaphylaxie varie entre 0,11 et 0,31 cas par 100,000 doses de vaccins distribués au Canada.

L'anaphylaxie entraîne souvent des signes et des symptômes dans les minutes qui suivent l'exposition à un stimulus déclenchant. Dans la plupart des cas, les réactions apparaissent dans les 30 minutes qui suivent l'injection d'un vaccin, mais certaines réactions peuvent survenir plus tard.

Les signes cliniques touchent habituellement plusieurs systèmes et appareils de l'organisme (appareil cutané, système respiratoire, système circulatoire). Les symptômes de l'anaphylaxie sont variés et, dans des cas graves, peuvent progresser au choc et au collapsus cardiovasculaire, qui sont caractérisés par une perte de connaissance différée, entre autres.

Les décès pendant l'anaphylaxie découlent habituellement du retard de l'administration d'épinéphrine et de complications respiratoires graves, de complications cardiovasculaires, ou de ces deux types de complications.

Il est important de reconnaître rapidement les premiers signes et symptômes de l'anaphylaxie afin d'administrer le traitement sans tarder.

2.2 Présentation clinique

L'urticaire et l'œdème de Quincke sont les manifestations les plus courantes de l'anaphylaxie. Les urticaires sont des papules ortiées soulevées, souvent accompagnées de démangeaisons, qui apparaissent sur la surface de la peau. L'œdème de Quincke est un œdème semblable à l'urticaire, mais il se trouve sous la peau et non à sa surface. Ces gonflements s'appellent papules et surviennent

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

habituellement autour des yeux et des lèvres. Les papules peuvent aussi se trouver sur les mains, les pieds et le cou ainsi que dans la gorge.

Les caractéristiques d'une anaphylaxie précoce ou légère peuvent comprendre l'œdème et l'urticaire au site d'injection, les éternuements, la congestion nasale, les larmoiements, la toux et la rougeur du visage. Ces symptômes sont habituellement associés à une réaction minimale.

Au nombre des caractéristiques de l'anaphylaxie modérée ou grave figurent un œdème obstructif des voies respiratoires supérieures, une hypotension et des bronchospasmes importants (constriction des voies aériennes du poumon par contraction spasmodique des muscles bronchiques).

Tableau 1: Fréquence des signes et des symptômes de l'anaphylaxie	
Signes et symptômes	Fréquence approximative
Appareil cutané	90 %
Urticaire généralisée ou œdème de Quincke (papules)	de 85 à 90 %
Bouffées vasomotrices	de 45 à 55 %
Prurit (démangeaisons) avec ou sans éruption cutanée	de 2 à 5 %
Système respiratoire	de 40 à 60 %
Œdème de Quincke des voies respiratoires supérieures (stridor)	de 50 à 60 %
Dyspnée (difficulté à respirer), respiration sifflante	de 45 à 50 %
Rhinite (congestion nasale)	de 15 à 20 %
Étourdissements, syncope (évanouissement), hypotension	de 30 à 35 %
Région abdominale	
Nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale	de 25 à 30 %
Divers	
Céphalée	de 5 à 8 %
Douleur au point infrasternal (poitrine)	de 4 à 6 %
Convulsion	de 1 à 2 %
Tiré de: «The diagnosis and management of anaphylaxis: an updated parameter», <i>Journal of Allergy and Clinical Immunology</i> , vol. 115 (2005), p. S483-523.	

2.3 Évaluation

Afin d'évaluer adéquatement les caractéristiques de toute réaction qui pourrait être de nature anaphylactique après l'immunisation, il est important d'évaluer de façon systématique les divers systèmes qui pourraient être en jeu dans une réaction de ce genre:

- Système cardiovasculaire
 - degré de conscience (une déficience pourrait se traduire en hypoxie);

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

- rythme cardiaque (évaluer si le pouls est rapide, faible ou irrégulier);
- pâleur ou cyanose autour de la région périorale;
- temps de remplissage capillaire (si un compromis lié à la perfusion est soupçonné);
- tension artérielle, si le matériel nécessaire est disponible.
- **Système respiratoire**
 - cri ou voix rauque, stridor (son bruyant aigu qui se produit pendant l'inhalation), toux, respiration sifflante, dyspnée ou respiration laborieuse, utilisation des muscles accessoires, etc.;
 - fréquence respiratoire.
- **Appareil cutané**
 - rougeur au site d'injection, œdème ou urticaire;
 - rougeur du visage, démangeaisons, urticaire ou papules et leur étendue, œdème de Quincke, autres éruptions cutanées.
- **Tractus gastro-intestinal**
 - nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale.

Prendre note de tous les détails de l'évaluation. On encourage vivement l'emploi de la «Feuille de travail pour l'évaluation et le traitement de l'anaphylaxie» pour prendre en note les signes et symptômes observés ainsi que l'évolution et les traitements fournis (voir la section 10.0).

En général, plus les symptômes apparaissent tôt, plus rapide et plus grave sera la réaction anaphylactique.

3.0 ÉVALUATION PRÉ- ET POST-VACCINATION

3.1 Pré-vaccination

Avant chaque visite en clinique de vaccination, il faut interroger chaque client relativement à ses allergies connues ou aux effets indésirables antérieurs à un vaccin ou à ses composantes.

Si un client déclare qu'il a déjà eu une réaction anaphylactique (ou une autre réaction modérée à sévère qui pourrait être de nature allergique) à une dose antérieure du vaccin (ou à une composante) qui sera administré pendant la visite courante, il faut obtenir une recommandation du médecin qui émet l'ordonnance ou une directive médicale sur la façon de procéder (si applicable). Dans le cas de la santé publique, il faut communiquer avec le médecin-hygiéniste régional pour déterminer comment procéder. Si le médecin-hygiéniste n'est pas disponible, il faut utiliser le téléavertisseur des médecins hygiénistes de garde afin de communiquer avec un médecin-hygiéniste disponible. S'il est impossible de communiquer avec un médecin ou un médecin-hygiéniste à ce moment-là, la vaccination doit être remise à plus tard jusqu'à ce que l'on puisse discuter de la situation avec un médecin-hygiéniste.

PROCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

3.2 Post-vaccination

Aviser les personnes qui reçoivent tout produit biologique (p. ex. vaccin) de demeurer sous surveillance pendant au moins quinze minutes après la vaccination, qu'elles aient déjà reçu ou non le produit en particulier par le passé. Il est plus sûr de prévoir une période de 30 minutes lorsque la personne a déjà eu une réaction allergique au produit biologique ou à une composante du produit biologique. Des périodes d'observation prolongées (p. ex. 30 minutes ou plus) sont de mise afin de surveiller toute progression dans les cas où une réaction est localisée ou des symptômes systémiques mineurs surviennent.

Dans le cadre de la surveillance habituelle, il faut s'assurer que les vaccinés demeurent à une courte distance du vaccinateur et qu'ils reçoivent la consigne de demander à quelqu'un d'aller chercher l'infirmière immédiatement s'ils ne se sentent pas bien.

Dans les cas où les vaccinés choisissent de ne pas demeurer sous surveillance après avoir reçu le vaccin, ils (ou leurs parents ou tuteurs) doivent être mis au courant des signes et symptômes de l'anaphylaxie et de la nécessité d'obtenir des soins médicaux immédiats si des symptômes se présentent.

Le risque d'évanouissement est la raison la plus courante pour garder les vaccinés sous observation.

4.0 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ANAPHYLAXIE

Il importe de distinguer l'anaphylaxie du simple évanouissement (syncope vasovagale), de l'anxiété et des spasmes de sanglot, qui sont des réactions plus courantes et essentiellement bénignes.

4.1 Réaction vasovagale

Lors d'une réaction vasovagale, la personne devient soudainement pâle, se sent étourdie et peut perdre connaissance et s'effondrer. Dans certains cas, l'évanouissement s'accompagne de brefs spasmes cloniques (c.-à-d. mouvements saccadés des membres), mais, en général, il ne nécessite ni traitement ni investigation spécifiques. Allonger le client sur le dos, puis le placer sur son cote tout en lui tournant la tête légèrement vers le sol, ceci afin d'éviter l'aspiration et afin de garder les voies respiratoires ouvertes lors d'un évanouissement surtout en présence de convulsions.

Le client reprendra conscience après une minute ou deux, mais il se peut qu'il reste pâle, qu'il transpire abondamment et qu'il demeure légèrement hypotendu pendant encore quelques minutes. **Si la perte de conscience persiste pendant plus de deux à trois minutes, composez le 911 pour faire venir l'ambulance et procédez**

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

conformément au traitement d'urgence pour l'anaphylaxie. La perte de conscience peut se traduire en hypoxie.

L'absence d'urticaire, une fréquence lente et stable du pouls ainsi qu'une peau fraîche et pâle se distingue entre un épisode vasovagal et l'anaphylaxie.

Avant de procéder à la vaccination, il faut demander au client s'il a une histoire de perte de conscience attribuable à une vaccination antérieure.

Pour réduire la probabilité d'évanouissement (et la possibilité de blessures), il faut envisager les mesures suivantes pour atténuer le stress chez les personnes en attente d'un vaccin:

- Demandez à chaque client de s'asseoir avant la vaccination.
- La température ambiante devrait être fraîche et confortable et il devrait y avoir, si possible, beaucoup d'air frais.
- Évitez les longues files d'attente dans les cliniques de vaccination de masse.
- Préparez le vaccin à l'abri du regard des personnes qui vont le recevoir.
- Administrez le vaccin dans un endroit privé.
- Si le client est anxieux et pâle mais demeure conscient : demandez-lui de se coucher sur le dos, les jambes légèrement surélevées, rassurez-le et appliquez une compresse froide et humide sur son visage.

Si la personne était couchée, demandez-lui de s'asseoir pendant quelques minutes avant de se lever.

4.2 Anxiété/réaction à la douleur

Les personnes éprouvant une crise d'anxiété peuvent être craintives, pâles, transpirer abondamment et se plaindre d'étourdissements, de vertiges, d'engourdissements et de picotements au niveau du visage et des extrémités. L'hyperventilation est habituellement manifeste.

Si une personne semble être anxieuse, il pourrait être utile de lui demander de respirer dans un sac de papier jusqu'à la disparition des symptômes. Cette technique doit être employée avec prudence et devrait être une option de dernier recours pour traiter l'hyperventilation liée à l'anxiété étant donné qu'une réaction anaphylactique diagnostiquée comme de l'anxiété pourrait aggraver l'hypoxie par le recours à la respiration dans un sac de papier.

Le tableau suivant fournit une comparaison des caractéristiques clés de l'anaphylaxie, des réactions vasovagales et des crises d'anxiété:

**PROCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT
L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER**

	ANAPHYLAXIE	RÉACTIONS VASOVAGALES	ANXIÉTÉ
DÉFINITION	Réaction allergique à une substance étrangère qui est systémique et aiguë et qui peut entraîner la mort. Anticorps médié par les IgE provoquant la sécrétion d'histamine à partir des mastocytes tissulaires.	Perte de conscience temporaire provoquée par une diminution de la réserve de sang au cerveau en raison de stimulus douloureux ou d'une réaction émotionnelle.	État physiologique protecteur reconnu comme la peur, l'appréhension ou l'inquiétude.
APPARITION	Apparition habituellement plus lente. Dans la plupart des cas, les symptômes apparaissent dans les 30 minutes qui suivent la vaccination.	Apparition soudaine qui se produit avant, durant ou peu après la vaccination; le rétablissement survient en une à deux minutes.	Apparition soudaine qui se produit avant, durant ou peu après la vaccination; le rétablissement survient en une à deux minutes.
PEAU	<ul style="list-style-type: none"> - Peau chaude, moite et rougeurs présentes - prurit et urticaire (>90 p. 100 des cas) - œdème progressif et sans douleur (visage, bouche et langue) 	<ul style="list-style-type: none"> - pâle - transpiration excessive - peau froide, moite 	<ul style="list-style-type: none"> - pâle - transpiration excessive - peau froide, moite
RESPIRATION	<ul style="list-style-type: none"> - éternuements, toux, respiration sifflante, respiration laborieuse - œdème des voies respiratoires supérieures (enrouement ou difficulté à avaler) pouvant entraîner l'obstruction des voies respiratoires 	<ul style="list-style-type: none"> - respiration normale ou superficielle, irrégulière, laborieuse 	<ul style="list-style-type: none"> - respiration rapide et superficielle (hyperventilation)
POULS	<ul style="list-style-type: none"> - rapide, faible, irrégulier 	<ul style="list-style-type: none"> - lent, stable 	<ul style="list-style-type: none"> - rapide
TENSION ARTÉRIELLE	<ul style="list-style-type: none"> - hypotension pouvant entraîner un choc et un collapsus cardiovasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> - diminution des pressions systolique et diastolique 	<ul style="list-style-type: none"> - pression normale ou augmentation de la pression systolique
SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> - malaise, inquiétude, agitation - ce ne sont pas tous les signes et symptômes qui se présenteront chez chaque personne; un système du corps prédomine habituellement 	<ul style="list-style-type: none"> - crainte - étourdissements - vertiges - engourdissement, faiblesse - s'accompagnent parfois de brefs spasmes cloniques 	<ul style="list-style-type: none"> - crainte - étourdissements, vertiges - engourdissement, faiblesse - picotements autour des lèvres et spasmes dans les mains et les pieds - hyperventilation
SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> - nausées et vomissements - douleur abdominale, diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> - nausées 	<ul style="list-style-type: none"> - nausées
AUTRES SYMPTÔMES	<ul style="list-style-type: none"> - perte de connaissance - progression de la réaction au site d'injection dépassant l'urticaire et l'œdème 	<ul style="list-style-type: none"> - possibilité de perte de conscience; d'une courte durée (de une à deux minutes) 	<ul style="list-style-type: none"> - perte de conscience dans des cas graves; d'une courte durée

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

4.3 Spasmes de sanglot

Les spasmes de sanglot se produisent chez certains jeunes enfants lorsqu'ils sont bouleversés, qu'ils pleurent abondamment et qu'ils réagissent à la douleur de l'injection. L'enfant devient soudainement silencieux mais il est manifestement agité. On observe une rougeur du visage et une cyanose péri-buccale qui s'intensifient pendant toute la durée de la crise. Dans certains cas, le spasme prend fin avec la reprise des sanglots alors que, dans d'autres, il se produit une brève perte de conscience pendant laquelle la respiration reprend. Parfois, le spasme de sanglot peut être accompagné de brefs spasmes cloniques. Des spasmes semblables peuvent s'être produits dans d'autres circonstances. Aucun traitement n'est nécessaire et il suffit de rassurer l'enfant et ses parents.

4.4 Réactions allergique

Les réactions allergiques constituent tout un éventail, dont la manifestation la plus extrême est l'anaphylaxie, mais les manifestations plus légères peuvent toucher la peau et les muqueuses (p. ex. urticaire, prurit, rhinite) et/ou le système respiratoire (p. ex. éternuements, rhinorrhée). L'anaphylaxie se distingue des simples réactions allergiques par l'intervention simultanée du système cardiovasculaire et la perte de volume intravasculaire, ainsi que par l'obstruction des voies respiratoires.

4.5 Réactions au site d'injection

Dans le cas d'une réaction locale bénigne qui disparaît spontanément en quelques minutes, une observation spéciale n'est pas requise.

Si un œdème ou une urticaire surviennent au site d'injection:

- Gardez le client sous **observation directe** pendant au moins 30 minutes pour vous assurer que la réaction demeure localisée.
- Observez le client pour déceler toute détérioration de son état.
- Si l'urticaire ou l'œdème disparaissent ou si rien n'indique qu'ils progressent dans d'autres parties du corps, ou encore si aucun autre symptôme ne se manifeste pendant la période d'observation de 30 minutes, il n'est pas nécessaire de garder le patient en observation plus longtemps. Le client peut obtenir son congé.
- Toutefois, **si d'autres symptômes se déclarent**, même s'ils sont jugés bénins (p. ex. éternuements, congestion nasale, larmoiements, toux, bouffées vasomotrices) ou si l'urticaire ou l'œdème progressent dans d'autres parties du corps, on doit **administrer de l'épinéphrine**.
- La prise inutile d'épinéphrine comporte peu de risques, alors qu'un retard de son administration lorsque le patient en a besoin peut entraîner une anaphylaxie difficile à traiter et éventuellement la mort.
- Appliquez de la glace pour assurer le confort du client.

PROCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

5.0 TRAITEMENT D'URGENCE DE L'ANAPHYLAXIE

1. Appelez pour obtenir de l'aide. Composez le 911. Le patient ne peut être laissé seul en aucun cas.
2. Étendez le patient sur le dos et soulevez ses jambes, selon la tolérance du patient sur le plan des symptômes. Cela ralentit la progression du compromis circulatoire, s'il est présent, en prévenant l'hypotension orthostatique et en aidant à détourner la bonne circulation à partir de la périphérie jusque dans la tête, le cœur et les reins.
3. Administrez **immédiatement** une solution aqueuse d'épinéphrine (1:1 000) par voie **intramusculaire** ou **sous-cutanée** dans un membre non vacciné.

Dose: de 0,01 ml/kg à un maximum de 0,5 ml OU:	
ÂGE	ÉPINÉPHRINE
de 2 à 6 mois	0,07 ml
de 7 à 12 mois	0,10 ml
de 13 mois à 4 ans	0,15 ml
5 ans	0,20 ml
de 6 à 9 ans	0,30 ml
de 10 à 13 ans	0,40 ml
≥ 14 ans	0,50 ml

L'étape la plus importante dans la gestion de l'anaphylaxie est l'administration immédiate de la solution aqueuse d'épinéphrine 1:1 000. **Il est plus dangereux de ne pas administrer l'épinéphrine promptement que de l'administrer à mauvais escient. Il y a aucune contre-indication relative à l'administration de l'épinéphrine pour l'anaphylaxie.**

L'injection d'épinéphrine par voie intramusculaire dans la cuisse constitue la voie d'administration privilégiée.

N'INJECTEZ PAS l'épinéphrine dans la masse musculaire (p. ex. cuisse) où le vaccin a été administré (cela pourrait augmenter le débit sanguin localement, augmentant du fait même l'absorption de l'agent).

Si les deux cuisses ont servi à la vaccination :

- administrez l'épinéphrine **par voie intramusculaire** dans le deltoïde si le client est âgé de plus de douze mois;
- administrez l'épinéphrine **par voie sous-cutanée** dans la région du triceps supérieur et extérieur du bras si le client est âgé de moins de douze mois.

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

Si les deux cuisses et les deux bras ont servi à l'immunisation par voie intramusculaire, administrez l'épinéphrine **par voie sous-cutanée** dans la région du triceps supérieur et extérieur du bras ou dans le tissu adipeux de la partie antérolatérale de la cuisse.

Au besoin, l'épinéphrine peut être injectée au travers des vêtements.

Remarque: Un auto-injecteur d'épinéphrine (Epipen ou Twinject) peut également être utilisé lorsque le vaccinateur n'est pas présent et que la personne qui se sert de l'auto-injecteur connaît bien son mode d'emploi. Les préparations ordinaires renferment 0,3 ml d'épinéphrine 1:1,000 et peuvent être administrées aux personnes âgées de plus de six ans.

Si un vacciné ou son parent ou tuteur refuse l'administration d'épinéphrine lorsque celle-ci est indiquée, avisez-les du risque et appelez immédiatement le 911 ou une ambulance pour assurer le transfert du vacciné à un établissement de soins de santé. L'administration de chlorhydrate de diphenhydramine (Benadryl) n'est pas recommandée dans une telle situation. Le chlorhydrate de diphenhydramine est considéré comme un traitement en seconde ligne relativement à l'épinéphrine et ne doit jamais être administré seul pour traiter l'anaphylaxie.

4. Outre l'épinéphrine, une dose de chlorhydrate de diphenhydramine (Benadryl) peut être administrée pour traiter les symptômes comme le prurit, l'érythème et l'urticaire.

Un traitement par voie orale est à privilégier dans le cas des patients conscients qui ne sont pas gravement malades puisque l'administration intramusculaire de Benadryl est douloureuse.

S'il n'est pas possible de réaliser le traitement par voie orale, administrez 50 mg/ml (maximum de 50 mg ou 1 ml) par voie intramusculaire, **à une seule reprise**, de préférence à un endroit différent de celui où on a administré l'épinéphrine. Au besoin, utilisez la cuisse où on a administré l'épinéphrine. Ce produit peut aussi être donné dans la masse musculaire où le vaccin a été administré.

Le Benadryl peut être administré à n'importe quel intervalle, soit après la première dose ou après des doses répétées d'épinéphrine. **N'oubliez pas: N'administrez jamais de diphenhydramine seul ou avant l'épinéphrine.**

ÂGE	Chlorhydrate de diphenhydramine – injection intramusculaire
< 2 ans	0,25 ml
de 2 à 4 ans	0,50 ml
de 5 à 11 ans	de 0,50 à 1 ml
≥ 12 ans	1 ml

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

***Comme ce médicament offre une bonne marge de sécurité, une posologie précise est moins importante.**

5. Après l'administration d'épinéphrine et de diphenhydramine, il faut surveiller et consigner les signes vitaux [pouls, respiration, degré de conscience et tension artérielle (si possible)] et réévaluer le patient souvent jusqu'à ce qu'il soit transporté à l'hôpital.

- Si la personne a de la difficulté à respirer : soulevez la tête et la poitrine légèrement.
- Si les voies respiratoires sont déficientes : améliorez la position du client en lui inclinant la tête, en lui soulevant le menton ou en lui déplaçant la mâchoire. Si le client est susceptible de vomir: couchez la personne sur le côté.

ÂGE	Fréquence cardiaque (pouls) par minute, limite maximale	Fréquence respiratoire par minute, limite maximale
de 0 à 1 mois	180	60
de 2 à 12 mois	160	50
de 12 à 24 mois	140	40
de 2 à 6 ans	120	30
de 6 à 12 ans	110	20
> 12 ans (adulte)	100	20

Tiré de: *Emergency Medicine: A comprehensive study guide*, 6^e éd., McGraw Hill, 2004.

6. Doses répétées d'épinéphrine: Si les symptômes principaux (p. ex. difficultés à respirer, degré de conscience, etc.) ne s'améliorent pas ou s'aggravent après la première dose, les doses supplémentaires d'épinéphrine sont justifiées.

- Répétez la dose d'épinéphrine deux fois, à cinq minutes d'intervalle au besoin (maximum de trois doses).
- Utilisez, à tour de rôle, la cuisse droite et la cuisse gauche ou les différentes régions du bras pour administrer les doses répétées d'épinéphrine (afin d'en maximiser l'absorption).

6.0 TRANSPORT DU CLIENT

Le patient doit être transporté à un hôpital aussi rapidement que possible une fois la procédure des premiers soins réalisée. Puisque 20 p. 100 des épisodes d'anaphylaxie sont biphasiques avec récurrence de la réaction après une période asymptomatique de deux à neuf heures, on recommande une hospitalisation ou une période prolongée d'observation aux fins de surveillance.

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

7.0 DOSSIERS ET SIGNALEMENT

Consignez l'administration d'épinéphrine et de chlorhydrate de diphenhydramine. La «Feuille de travail pour l'évaluation et le traitement de l'anaphylaxie» (section 10.0) peut être utilisée comme dossier intérimaire pour la collecte des données avant que celles-ci soient entrées dans le Système de prestation de services aux clients (SPSC – système électronique de la santé publique). **N'envoyez pas** ce formulaire à l'Unité de contrôle des maladies transmissibles (UCMT). Signaler le cas en consignait vos données dans le système SPSC sous l'onglet intitulé «effets secondaires». Inscrivez les signes et symptômes dans le champ réservé aux commentaires.

On **encourage vivement** l'emploi de la feuille de travail parce que celle-ci facilite l'évaluation et la consignation complète des signes, des symptômes et des soins fournis. Cela facilitera la déclaration d'effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) et le bilan des évaluations de contrôle qui s'imposent.

Un compte rendu d'incident détaillé réalisé au moyen du formulaire de rapport des effets secondaires suivant l'immunisation du Nouveau-Brunswick doit être rempli par le vaccinateur et soumis au bureau local de la santé publique (ou, dans le cas des vaccinateurs de la santé publique, directement au médecin-hygiéniste) pour qu'il soit évalué et pour que des recommandations soient faites relativement aux prochaines vaccinations. Prenez en note les recommandations du médecin-hygiéniste (p. ex. contre-indications, précautions, vaccination dans un milieu contrôlé) dans le dossier d'immunisation personnel et électronique du client. De plus, assurez-vous que les recommandations du médecin-hygiéniste sont communiquées au client.

8.0 APPROVISIONNEMENT D'ÉPINÉPHRINE ET AUTRES FOURNITURES D'URGENCE

Il faut vérifier les flacons d'épinéphrine et les autres fournitures d'urgence avant chaque clinique d'immunisation et les remplacer lorsqu'ils sont périmés.

L'épinéphrine et le chlorhydrate de diphenhydramine doivent être entreposés à l'abri de la lumière, et les flacons ne doivent être ouverts que lorsqu'on est prêt à les utiliser.

Il ne faut pas préremplir une seringue d'épinéphrine dans l'attente d'une réaction. L'épinéphrine se détériore rapidement et perd de la puissance lorsqu'elle est exposée à l'oxygène.

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

Contenu **suggéré** de la trousse d'anaphylaxie:

- un exemplaire des présentes lignes directrices et de la «Feuille de travail pour l'évaluation et le traitement de l'anaphylaxie»;
- trois ampoules de 1 ml de solution aqueuse d'épinéphrine 1:1,000 (avant date d'expiration);
- un flacon de 1 ml de chlorhydrate de diphenhydramine de 50 mg/ml (avant date d'expiration);
- un flacon de chlorhydrate de diphenhydramine, comprimés ou solutions par voie orale facultatives (avant date d'expiration)
- trois seringues de 1 cc avec aiguilles (de calibre 25-27 et de 1 po);
- une seringue de 1 cc avec aiguille (de calibre 25-27 et de 1 ½ po);
- deux seringues de 3 cc avec aiguilles (de calibre 25-27 et de 1 po et de 1 ½ po);
- deux seringues de 1 cc avec aiguilles (de calibre 25-27 et de 5/8 po) pour voie sous-cutanée;
- des aiguilles de rechange;
- un masque de poche avec une valve anti-reflux;
- un ballon-masque (masque Ambu) (facultatif);
- des tampons d'alcool;
- des stylos et du papier;
- un sphygmomanomètre (facultatif);
- un stéthoscope (facultatif);
- coordonnées à jour d'un coordonnateur de l'immunisation, du médecin-hygiéniste régional ainsi que du téléavertisseur des médecins hygiénistes de garde.

8.1 Solution aqueuse d'épinéphrine (adrénaline)

Action de l'épinéphrine:

- neutralise la vasodilatation provoquée par l'histamine;
- accélère la fréquence cardiaque et rehausse la contractilité cardiaque pour augmenter le débit sanguin oxygéné vers les organes vitaux;
- agit sur les muscles lisses de l'arbre bronchique, réduisant ainsi le bronchospasme;
- supprime la réaction immunitaire du corps (ralentit la cascade d'histamine).

Composition

Chaque dose de 1 ml de solution aqueuse d'épinéphrine 1:1,000 renferme:

- 1 mg de chlorhydrate d'épinéphrine dissout dans une solution isotonique de chlorure de sodium.

Matériel

Ampoule de liquide clair de 1 ml

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

Entreposage

- Garder la boîte du fabricant à la température ambiante, soit entre 15 et 30 °C.
- Éviter l'exposition à la lumière.
- Ne pas entreposer dans le réfrigérateur.
- Ne pas congeler.
- Ne pas administrer ce produit s'il est de couleur rosée ou plus foncé que jaune pâle ou s'il contient un précipité.
- Ne pas utiliser après la date d'expiration.

Indications

Réaction grave d'hypersensibilité immédiate aux produits immunisants

Contre-indication

Il n'y a aucune contre-indication en cas d'anaphylaxie.

Précautions

Dans l'éventualité de complications liées à la première dose d'épinéphrine (p. ex. arythmie cardiaque, angine, hypertension), ne répétez pas la dose à moins que les bienfaits l'emportent sur les risques.

Les personnes qui prennent des bêta-bloquants peuvent éprouver une réaction réduite à l'épinéphrine. Cependant, le protocole de gestion de l'anaphylaxie doit être employé sans modification. Le traitement approprié sera appliqué à l'hôpital.

Effets indésirables suivant l'administration d'épinéphrine

Des doses excessives d'épinéphrine peuvent provoquer des palpitations, une tachycardie et une augmentation soudaine de la tension artérielle, des nausées, des vomissements et des céphalées. Des réactions plus graves sont plus susceptibles de se produire chez les personnes qui ont une mauvaise santé. Même si ces effets sont désagréables, ils sont aussi temporaires. Des troubles du rythme cardiaque peuvent se manifester chez les adultes plus âgés, mais sont rares chez les enfants par ailleurs en bonne santé.

9.0 MAINTIEN DES COMPÉTENCES EN IMMUNISATION

Tous les professionnels de la santé qui participent à l'immunisation doivent montrer qu'ils possèdent les compétences, la compréhension, les compétences cliniques et les connaissances actuelles axées sur les faits relativement à l'identification et à la gestion de l'anaphylaxie. La compétence en lien avec la gestion de l'anaphylaxie constitue une responsabilité professionnelle individuelle et est guidée par les normes de pratique professionnelles, les politiques de l'employeur et la recherche axée sur les faits.

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef recommande fortement que tous les professionnels de la santé qui immunisent suivent une formation spécifique telle qu'élaborée dans le document des Compétences en immunisation à l'intention des professionnels de la santé publié par l'Agence de la santé publique au Canada (daté-novembre 2008) avant d'administrer des vaccins et des produits biologiques. L'objectif de ce programme est d'aider les professionnels de la santé à s'acquitter de leur rôle de vaccinateur et d'assurer une pratique efficace et sécuritaire.

On recommande également que tous les vaccinateurs maintiennent leurs compétences et une formation continue sur les pratiques de traitement actuelles de l'anaphylaxie par le biais d'un cours de recyclage chaque année.

**PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT
L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER**

**10.0 FEUILLE DE TRAVAIL POUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE
L'ANAPHYLAXIE**

On encourage vivement le personnel régional de la santé publique à utiliser ce formulaire pour consigner chaque cas soupçonné d'anaphylaxie suivant l'administration d'un vaccin.

Renseignements sur le client

Nom du client: _____ Date de naissance: _____ N° d'assurance-maladie: _____
Nom/prénom *jj/mm/aaaa*

Parent/tuteur: _____ Sexe: Masculin Féminin Téléphone: ____-_____

Renseignements sur le vaccin

Vaccin(s) administré(s)	Dose	Voie	Site	Numéro de lot

Date de la vaccination: _____ Heure approximative de l'administration: _____
jj/mm/aaaa

Vaccin administré par: _____ Coordonnées: _____

Antécédents du client

Asthmatique recevant un traitement médical régulier: Inconnu Non Oui (précisions sur la gravité et les médicaments)

Eczéma: Inconnu Non Oui

Antécédents d'allergies à des composants d'un vaccin: Inconnu Non Oui (précisions sur les composants et la réaction)

Antécédents d'allergies dans la famille immédiate: Inconnu Non Oui (énumérez et donnez des précisions)

Antécédents d'anaphylaxie chez le client: Inconnu Non Oui (précisions sur la réaction)

Antécédents d'anaphylaxie dans la famille: Inconnu Non Oui (précisions sur la réaction et le lien de parenté)

Réactions antérieures graves à des vaccins: Inconnu Non Oui (précisions sur la réaction et les vaccins)

Prise actuelle de médicaments: Inconnu Non Oui (énumérez)

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

Infections récentes ou concomitantes: Inconnu Non Oui (précisions sur l'infection)

Maladie non infectieuse ou état pathologique récent ou concomitant: Inconnu Non Oui (précisions sur la maladie ou l'état)

Précisions supplémentaires:

Antécédents de vaccination du client:

Évaluation et soins fournis

Premiers signes vitaux (s'ils ont été enregistrés):

Tension artérielle: _____ Pouls: _____ Respiration: _____ Température: _____

Quand les signes vitaux ont-ils été pris par rapport à l'heure de la réaction et du traitement?

Indiquez l'heure approximative de l'apparition des symptômes: _____

Indiquez tous les signes et symptômes présentés par le client:

Peau ou muqueuses (cochez tout ce qui s'applique) :

- Érythème généralisé Yeux rouges qui démangent
- Œdème de Quincke: généralisé ou localisé
- Urticaire : généralisée ou localisée au site d'injection
- Prurit généralisé : avec éruption cutanée ou sans éruption cutanée
- Picotement ou sensation de coups d'aiguillon : généralisé ou autour de la bouche ou des membres

Systeme cardiovasculaire (cochez tout ce qui s'applique):

- Hypotension mesurée étourdissements syncope
- Circulation périphérique réduite (au moins deux des éléments suivants):
 - Tachycardie Temps de remplissage capillaire >3 secondes sans hypotension
 - Degré réduit de conscience
- Choc non compensé (au moins trois des éléments suivants):
 - Tachycardie Temps de remplissage capillaire >3 secondes
 - Amplitude de pouls central réduite Degré réduit de conscience

Systeme respiratoire (cochez tout ce qui s'applique):

- Sifflement bilatéral (bronchospasme) Toux sèche persistante Stridor Voix enrouée
- Sensation de constriction de la gorge Éternuements, rhinorrhée Fréquence respiratoire rapide

**PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT
L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER**

- Œdème des voies respiratoires supérieures (lèvre, langue, gorge, luette, larynx)
- Respiration difficile (sans sifflement ou stridor)
- Détresse respiratoire (au moins deux des éléments suivants):
- Tachypnée Utilisation accrue des muscles respiratoires accessoires
- Cyanose Geignement respiratoire

Tractus gastro-intestinal (cochez tout ce qui s'applique):

- Diarrhée Nausées Douleur abdominale Vomissements

Autre (veuillez préciser): _____

Administration des médicaments

Pouls _____ Resp. _____ 1^{re} dose d'épinéphrine Heure : _____ N° de lot _____	Dose:	Voie:	Site:	Signature du vaccinateur:
Pouls _____ Resp. _____ 2^e dose d'épinéphrine Heure : _____ N° de lot _____	Dose:	Voie:	Site:	Signature du vaccinateur:
Pouls _____ Resp. _____ 3^e dose d'épinéphrine Heure : _____ N° de lot _____	Dose:	Voie:	Site:	Signature du vaccinateur:
Pouls _____ Resp. _____ Chlorhydrate de diphenhydramine Heure : _____ N° de lot _____	Dose:	Voie:	Site:	Signature du vaccinateur:

Soins prodigués par les ambulanciers: N O Transfert à l'hôpital : N O

Heure du transfert à l'hôpital/Heure du congé pour soins par les ambulanciers: _____

Congé pour être soigné par la famille: N O Heure du congé pour retourner avec la famille: _____

Congé pour être soigné par le médecin de famille: N O

Heure du congé pour être soigné par le médecin de famille: _____

****Veuillez vous assurer d'annexer au présent document une copie de toute évaluation supplémentaire et de notes relatives aux soins.**

Nom(s) de(s) rapporteur(s): _____

Signature(s): _____

Date: _____

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

11.0 RÉFÉRENCES

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Red Book: Report of the committee on infectious diseases*, 27^e éd., 2006, Elk Grove Village (IL).

BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL. «Anaphylaxis» dans *British Columbia Communicable Disease Control Immunization Manual*, février 2009.

BROWN S.G.A., R.J. MULLINS et M.S. GOLD. «Anaphylaxis: diagnosis and management», *MJA Practice Essentials – Allergy*, vol. 185, n^o 5 (2006), p. 283-289.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. «General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 55, n^o RR-15 (2006), p. 1-48.

ELLIS, A.K., et J.H. DAY. «Anaphylaxis: diagnosis and treatment», *Allergy Asthma*, 2000, p. 23-25.

Guide canadien d'immunisation 7 éd., 2006.

JOHNSON, R.F., et R.S. PEEBLES. «Anaphylactic shock: pathophysiology, recognition, and treatment», *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 25, n^o 6 (2004), p. 695-703.

JOINT TASK FORCE ON PRACTICE PARAMETERS: AMERICAN ACADEMY OF ASTHMA ALLERGY AND IMMUNOLOGY; AMERICAN COLLEGE OF ALLERGY ASTHMA AND IMMUNOLOGY; JOINT COUNCIL OF ALLERGY, ASTHMA AND IMMUNOLOGY. «The diagnosis and management of anaphylaxis: an updated parameter», *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 115 (2005), p. S483-523.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION. *Guide canadien d'immunisation*, 7^e éd., 2006, Ottawa, Agence de santé publique du Canada. Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php> et <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php> (Errata et clarifications sur le Guide). Consultés en mars 2008.

LIEBERMAN, P. «Use of epinephrine in the treatment of anaphylaxis», *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, vol. 3 (2003), p. 313-318.

LIEBERMAN, P. «Anaphylaxis», *The Medical Clinics of North America*, vol. 90 (2006), p. 77-95.

RÜGGERBERG, J.U., et coll. «Anaphylaxis: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data», *Vaccine*, vol. 25,

PROTOCOLE POUR LA GESTION DE L'ANAPHYLAXIE SUIVANT L'IMMUNISATION EN MILIEU NON HOSPITALIER

n° 31 (2007), p. 5675-5684. Internet : <http://www.sciencedirect.com/science> : Anaphylaxis: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data.

SAMPSON, H. A. «Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report – Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network Symposium», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 47, n° 4 (2006), p. 373-380.

SIMONS, F.E.R., X. GU et K.J. SIMONS. «Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection», *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 108 (2001), p. 871-873.

SIMONS, F.E.R., J.R. ROBERTS, X. GU, X. et K.J. SIMONS. «Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis», *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 101 (1998), p. 33-37.

THIBODEAU, J.L. «Office management of childhood vaccine-related anaphylaxis», *Canadian Family Physician*, vol. 40 (1993), p. 1602-1610.

TINTINALLI, J.E., et coll. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 6^e éd., 2004, New York, McGraw-Hill.

GORMAN, J., et coll. «The effect of successful treatment on the emotional and physiological response to carbon dioxide inhalation in patients with panic disorder», *Biological Psychiatry*, vol. 56, n° 11 (2004), p. 862-867.