

RAPPORT D'ÉLABORATION

Conduite à tenir après le traitement d'urgence d'une suspicion d'anaphylaxie

Messages clés à partir d'une recommandation de bonne pratique élaborée par
un organisme public

Octobre 2013

Sommaire

Abréviations et acronymes	3
1. Introduction.....	4
2. Messages clés.....	5
2.1 Message 1	5
2.2 Message 2	6
2.3 Message 3	6
2.4 Message 4	8
2.5 Message 5	8
2.6 Message 6	9
2.7 Message 7	10
2.8 Message 8	11
2.9 Messages non retenus par le groupe de travail.....	11
2.10 Avis des parties prenantes	12
2.11 Points à améliorer.....	15
2.12 Avis du Collège de la HAS	16
Annexe 1. Classification des réactions d'anaphylaxie	17
Annexe 2. Résumé des caractéristiques des produits (RCP), modes d'emploi	18
Annexe 3. Méthode de travail	21
Annexe 4. Recherche documentaire.....	22
Annexe 5. Analyse des recommandations retenues	24
Participants	25
Références	27
Fiche descriptive	30

Abréviations et acronymes

Tableau 1. Abréviations et acronymes	
AAAAI	<i>American Academy of Allergy, Asthma & Immunology</i>
ACAAI	<i>American College of Allergy, Asthma & Immunology</i>
AFPRAL	Association française pour la prévention des allergies
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
RCP	<i>Royal College of Physicians</i>
RCPCH	<i>Royal College of Paediatrics and Child Health</i>
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SPLF	Société de pneumologie de langue française
SP2A	Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie
WAO	<i>World Allergy Organization</i>

1. Introduction

Définition

L'anaphylaxie est la manifestation la plus grave des réactions d'hypersensibilité immédiates. Il s'agit d'un syndrome clinique associant de manière variable des signes respiratoires (dyspnée et bronchospasme et/ou circulatoires (tachycardie, hypotension, collapsus) et le plus souvent des signes cutanéomuqueux (urticaire, œdème, grave lorsqu'il touche le larynx). D'autres signes cliniques (douleurs abdominales, diarrhée, vomissement) peuvent être également associés.

Les objectifs sont :

- d'alerter tous les professionnels de santé, les patients et leur entourage, à la survenue de réactions d'anaphylaxie (contexte, symptômes et conduite à tenir) ;
- de constituer dès le premier épisode d'anaphylaxie suspectée un document indispensable ultérieurement pour établir le diagnostic étiologique.

Ces messages clés ne traitent pas de la prise en charge diagnostique allergologique et thérapeutique d'une réaction anaphylactique.

Contexte

Les messages clés répondent à une autosaisine de la HAS (saisine du 01/12 /2012) pour développer une méthode d'élaboration de messages clés à partir de recommandations de bonne pratique venant d'agences publiques. La recommandation de bonne pratique sélectionnée pour ce travail est celle du NICE de décembre 2011 : *Anaphylaxis. Assessment to confirm an anaphylactic episode and the decision to refer after emergency treatment for a suspected anaphylactic episode* (1).

La méthode d'élaboration de ces messages clés est présentée en annexe 3, la recherche documentaire en annexe 4.

Patients concernés

Les patients (adulte, adolescent, enfant) ayant reçu un traitement en urgence réalisé dans un établissement de santé ou en ambulatoire pour une suspicion de réaction anaphylactique.

Les patients non concernés par les messages clés

- les patients déjà identifiés comme ayant des réactions anaphylactiques et susceptibles d'être de nouveau exposés au même allergène ;
- les patients ayant une comorbidité comme l'asthme ;
- les patients ayant une réaction allergique légère à modérée.¹

Avis du groupe de travail

Le NICE n'utilise pas de classification pour définir les niveaux de sévérité de la réaction anaphylactique.

Le groupe de travail a discuté des exclusions proposées par le NICE.

Le groupe de travail a demandé quelle est la cible de ces messages clés et a souhaité ajouter en référence le grade I de la classification de Ring et Messmer.

Professionnels concernés

Ces messages clés concernent les médecins généralistes, pédiatres, médecins urgentistes, anesthésistes-réanimateurs, allergologues, ORL, dermatologues, pneumologues, médecins scolaires, pompiers, infirmier(e)s, tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des réactions d'anaphylaxie.

¹ Par exemple, le grade I de la classification de Ring et Messmer (se référer à l'annexe 1).

2. Messages clés

2.1 Message 1

Message 1

En cas de suspicion de réaction anaphylactique il est important de noter la présence de symptômes aigus faisant craindre la mise en jeu du pronostic vital impliquant :

- les voies aériennes supérieures (œdème laryngé et/ou pharyngé) ;
- et/ou les voies aériennes inférieures (bronchospasme avec tachypnée) ;
- et/ou la circulation (hypotension et/ou tachycardie) ;
- dans la plupart des cas la peau (urticaire) et les muqueuses (œdème) ;
- pour les enfants une léthargie, un malaise.

Cette liste est non exhaustive, par exemple : les symptômes abdominaux (vomissements, douleurs).

2.1.1 Avis du NICE

Cette définition vient des recommandations du NICE de 2008, « *Emergency treatment of anaphylactic reactions. Guidelines for healthcare providers* » (2).

Les recommandations du NICE de 2008 citent comme référence les recommandations « *Revised nomenclature for allergy for global use* » de la *World Allergy Organization* de 2003 (3).

2.1.2 Avis du groupe de travail

Le groupe de travail a retenu ce message qui correspond à une définition proposée par le NICE. Suite à l'avis des parties prenantes, le groupe de travail a décidé de rajouter les symptômes spécifiques d'un épisode anaphylactique de l'enfant (se référer au paragraphe 2.10).

2.1.3 Autres recommandations

Cette définition a été retenue par la recommandation suivante : le *Royal College of Physicians* dans « *Concise guidance to good practices series. Emergency treatment of anaphylaxis in adults.* » en 2009 (4).

2.2 Message 2

Message 2

- Faire préciser la chronologie de la réaction.
- Noter l'heure de début de survenue des symptômes.
- Noter les circonstances ayant précédé le début des symptômes pour aider à identifier un ou des possibles facteurs déclenchants².

2.2.1 Avis du NICE

Cette recommandation repose sur un avis d'experts.

2.2.2 Avis du groupe de travail

Le terme « immédiat » présent dans la recommandation initiale du NICE n'est pas retenu car il n'apporte pas d'information utile. La notion de l'heure a été ajoutée suite aux commentaires émis par les parties prenantes (se référer au paragraphe 2.10).

2.2.3 Autres recommandations

Cette recommandation sur la nécessité de recueillir les circonstances est partagée par *l'American Academy of Allergy, Asthma & Immunology*, *l'American College of Allergy, Asthma & Immunology* et le *Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology* dans « *The Diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update* » (7).

2.3 Message 3

Message 3

- En cas de suspicion de réaction anaphylactique, réaliser un dosage sanguin de la tryptase³ le plus tôt possible après avoir débuté le traitement d'urgence.
- Un deuxième échantillon est à prélever idéalement 1 à 2 heures après le début de l'épisode sans dépasser 4 heures.

2.3.1 Avis du NICE

Cette recommandation selon le NICE est fondée sur un niveau de preuve très faible à partir de 13 études cliniques publiées sélectionnées :

- quatre études transversales sur des patients adultes : Brown en 2004 (9), Enrique en 1999, (10), Mertes en 2003 (11), et une étude ayant inclus des patients enfants et adultes : Malinovsky en 2008 (12) ;

² Par exemple : prises alimentaires, prises médicamenteuses, piqûres d'hyménoptères, contact avec du latex, exercices physiques, liste non exhaustive. Les insectes communs de l'ordre des hyménoptères sont les abeilles, les guêpes et les fourmis.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hym%C3%A9nopt%C3%A8re/40961?q=hymenoptere#40867>
(5,6)

³ Le dosage de la tryptase est remboursé (se référer à la nomenclature des actes de biologie médicale de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (8) :

http://www.codage.ext.cnamts.fr/f_mediam/fo/nabm/DOC.pdf

- huit études de séries de cas ayant recruté des patients adultes et des enfants : Kanthawatana en 1999 (13), Laroche en 1991 (14), Laroche en 1992 (15), Laroche en 1998 (16), Ordoqui en 1997 (17), Schwartz en 1987 (18), Schwartz en 1989 (19), et Stone en 2009 (20).
- deux études de cas contrôle : Schwartz en 1994 (21), et Laroche en 1998 (16).

Selon les recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation (22) « *Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia: 2011 updated guidelines for clinical practice* », l'augmentation franche de la concentration de tryptase sérique ($> 25 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$) est en faveur d'un mécanisme anaphylactique.

Concernant le dosage de la tryptase pour les enfants, le NICE n'a pas identifié de preuves spécifiques mais a estimé que le dosage de la tryptase était susceptible d'être utile pour les enfants.

Concernant les horaires du deuxième prélèvement de tryptase, le NICE s'est basé sur 6 études de très faible niveau de preuve : Laroche en 1991 (14), Laroche en 1998 (16), Ordoqui en 1997 (17), Schwartz en 1989 (19), Laroche en 1992 (15), et Schwartz en 1987 (18).

2.3.2 Avis du groupe de travail

Le groupe de travail a souhaité regrouper les deux messages clés sur le dosage de la tryptase chez l'adulte et chez l'enfant de moins de 16 ans. Le groupe de travail a pris la décision de ne pas séparer le texte concernant l'adulte et celui concernant l'enfant car l'organisation des dosages de tryptase est différente au Royaume-Uni. En France il n'y a pas de problème d'accès aux dosages de tryptase.

À la demande du groupe de travail, le message sur l'information d'un futur prélèvement de sang n'a pas été retenu.

La précision des indications du dosage de la tryptase en pédiatrie proposée par les parties prenantes n'a pas été retenue par le groupe de travail. En effet cette question doit être confirmée par une recherche bibliographique et nécessite d'être traitée dans le cadre d'une recommandation spécifique (se référer au paragraphe 2.10).

2.3.3 Autres recommandations

La *World Allergy Organization*, dans les « *Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis* » en 2011 (23), reconnaît l'utilité du dosage de tryptase plus spécifiquement pour le diagnostic d'anaphylaxie provoquée par des venins d'hyménoptères et des médicaments que pour l'anaphylaxie déclenchée par des allergènes alimentaires.

Les recommandations de l'*American Academy of Allergy, Asthma & Immunology*, l'*American College of Allergy, Asthma & Immunology* et le *Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology* indiquent dans « *The Diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update* » que les valeurs de la tryptase peuvent ne pas être élevées dans les cas d'anaphylaxie induite par des allergènes alimentaires (7).

Le *Royal College of Physicians*, dans « *Emergency treatment of anaphylaxis in adults. Concise guidance to good practises series* », en 2009, recommande d'effectuer le dosage de la tryptase pour le diagnostic d'anaphylaxie le plus tôt possible lors de l'épisode d'anaphylaxie sans retarder la prise en charge de la réanimation du patient dans les 2 heures après le début des symptômes et 24 heures après l'événement (4).

Le *Royal College of Paediatrics and Child Health* en 2011, dans « *Allergy care pathways for children anaphylaxis* » indique de réaliser le dosage de la tryptase en cas d'anaphylaxie pour les enfants (24).

2.4 Message 4

Message 4

La durée de surveillance médicale d'un patient au décours immédiat d'un épisode anaphylactique suspecté est au minimum de 6 heures.

2.4.1 Avis du NICE

Le NICE ne disposant pas de publications pour justifier la durée de surveillance propose l'horaire de 6 à 12 heures. Cet horaire repose uniquement sur un accord d'experts dans la recommandation 1.1.7.

2.4.2 Avis du groupe de travail

Compte tenu du risque individuel de survenue d'une réaction biphasique et en l'absence de données publiées de niveau de preuve suffisant, le groupe de travail ne peut pas préciser un intervalle de temps pour la surveillance des patients de plus de 16 ans.

Les horaires proposés dans la recommandation du NICE ne peuvent pas être retenus par le groupe de travail. Cette recommandation n'a donc pas été sélectionnée par le groupe de travail.

Suite à l'avis des parties prenantes, le groupe de travail a décidé d'indiquer la durée minimale de surveillance de 6 heures pour un patient suspecté d'avoir un épisode anaphylactique.

2.4.3 Autres recommandations

Le *Royal College of Paediatrics and Child Health* en 2011, dans « *Allergy care pathways for children anaphylaxis* », indique qu'il serait raisonnable de garder le patient anaphylactique en observation pendant 4 à 6 heures (24).

Le *Royal College of Physicians*, en 2009, dans « *Emergency treatment of anaphylaxis in adults. Concise guidance to good practices series* » (4), précise la durée minimale de 6 heures pour la surveillance d'un patient ayant eu une réaction anaphylactique.

2.5 Message 5

Message 5

Après le traitement d'urgence de suspicion d'anaphylaxie, le patient doit être adressé vers une consultation d'allergologie pour une prise en charge diagnostique, thérapeutique et éducationnelle.

2.5.1 Avis du NICE

Cette recommandation repose sur un avis d'experts.

Le NICE, à partir de 5 études de faible niveau de preuve, a évalué le risque de réapparition d'une réaction anaphylactique et également à quel professionnel de santé référer le patient suite à une réaction anaphylactique :

- quatre études observationnelles rétrospectives : Cianferoni en 2004 (25), Decker en 2008 (26), Mehl en 2005 (27), Múgica Garcia en 2010 (28) ;
- une étude observationnelle prospective : Mullins en 2003 (29).

2.5.2 Avis du groupe de travail

Le groupe de travail n'a pas souhaité retenir la proposition émise par les parties prenantes du délai de 4 à 6 semaines à respecter pour faire le bilan allergologique. La consultation du spécialiste en allergologie n'entre pas dans le champ traité par les messages clés. Par ailleurs, dans le cas d'une

allergie médicamenteuse à un anesthésique par exemple, le groupe de travail a indiqué que la consultation doit être proposée rapidement.

La remise d'un plan d'action individualisé qui a été proposée par les parties prenantes entre dans le cadre de la consultation d'allergologie et n'est pas traitée dans le champ des messages clés (se référer au paragraphe 2.10).

2.5.3 Autres recommandations

Cette recommandation est partagée par :

- la Société française d'anesthésie et de réanimation [Sfar], la Société française d'allergologie [SFA] en 2011 dans « *Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia: 2011 updated guidelines for clinical practice*, » (22) ;
- la Société canadienne de pédiatrie dans « Le traitement d'urgence de l'anaphylaxie chez les nourrissons et les enfants » (30) ;
- le *Royal College of Physicians* dans « *Emergency treatment of anaphylaxis in adults. Concise guidance to good practices series* » en 2009 (4) ;
- l'*American Academy of Allergy, Asthma & Immunology*, l'*American College of Allergy, Asthma & Immunology* et le *Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology* dans « *The Diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter. 2010 update* » (7).

2.6 Message 6

Message 6

Après le traitement d'urgence pour une suspicion de réaction anaphylactique, en attendant la consultation d'allergologie, un traitement par seringue auto-injectable d'adrénaline⁴ doit être prescrite et son utilisation enseignée.

2.6.1 Avis du groupe de travail

Le groupe de travail a souhaité insister sur le fait que les services d'urgences n'avaient pas toujours à disposition un « *trainer*⁵ » permettant de montrer au patient comment utiliser une seringue auto-injectable d'adrénaline.

Le groupe de travail a discuté sur le fait d'ajouter une prescription supplémentaire pour la maladie allergique du patient. Cette proposition n'a pas fait l'objet d'un consensus de la part du groupe de travail et n'a pu être retenue.

Il a été proposé également d'ajouter la prescription d'antihistaminique pour les enfants à la sortie de l'établissement. Cette proposition n'a pas été retenue par le groupe de travail.

Le groupe de travail n'a pas retenu la proposition émise par les parties prenantes de remettre deux seringues au patient (se référer au paragraphe 2.10).

2.6.2 Avis du NICE

Cette recommandation repose sur un avis d'experts.

2.6.3 Autres recommandations

Cette recommandation est partagée par :

- les recommandations américaines de 2010 de l'*American Academy of Allergy, Asthma & Immunology*, l'*American College of Allergy, Asthma & Immunology* et le *Joint Council of*

⁴ Des extraits des modes d'emploi et des résumés des caractéristiques des produits des seringues auto-injectables d'adrénaline sont disponibles en annexe 2.

⁵ Échantillon de démonstration de la seringue auto-injectable.

Allergy, Asthma and Immunology dans « *The Diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter. 2010 update* » (7) ;

- par les recommandations de la *World Allergy Organization* en 2011 dans les « *Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis* » (23) et dans la version mise à jour des recommandations de la *World Allergy Organization* en 2012 (31).

2.7 Message 7

Message 7

Le professionnel de santé doit donner des informations écrites sur :

- le mécanisme et les symptômes de la réaction anaphylactique, y compris le risque de réaction biphasique (en deux temps) ;
- la conduite à tenir en cas de réaction anaphylactique (utiliser la seringue auto-injectable d'adrénaline et appeler le SAMU – centre 15 ou le 112) ;
- l'utilisation correcte de la seringue auto-injectable d'adrénaline (comprenant une démonstration de l'utilisation) et quand l'utiliser ;
- si un allergène possible a été identifié, la stratégie d'éviction du ou des allergènes suspectés ;
- le service d'allergologie et/ou l'allergologue à contacter, ainsi que les associations de patients.

2.7.1 Avis du NICE

Le NICE fonde la recommandation sur l'information des patients à propos des allergènes suspectés, des symptômes et sur l'utilisation d'une seringue auto-injectable d'adrénaline sur :

- une recommandation : *Summary of World Allergy Organization guidelines* (de Simons (2011) ; (32) ;
- une revue systématique de Kastner (2010) (33) ;
- une publication de niveau de preuve très faible : deux articles d'opinions de Lieberman (2007). (34).

2.7.2 Avis du groupe de travail

Le groupe de travail a souligné que la législation à ce jour n'autorisait pas les services d'urgence des pompiers à utiliser la seringue auto-injectable d'adrénaline. Par conséquent le groupe de travail a souhaité préciser le numéro d'appel d'urgence du 15 dans le message clé.

Le groupe de travail a discuté sur le fait de rajouter la notion de prendre directement rendez-vous auprès de l'allergologue pour les patients ayant une réaction anaphylactique à un anesthésique. Cette proposition n'a pas été retenue.

2.7.3 Autres recommandations

Ce message est fondé en partie sur l'information du patient et l'utilisation de la seringue auto-injectable d'adrénaline dans « les recommandations américaines de 2010 de l'*American Academy of Allergy, Asthma & Immunology*, de l'*American College of Allergy, Asthma & Immunology* et le *Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology* dans « *The Diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter. 2010 update* » (7).

2.8 Message 8

Message 8

Une information écrite sur l'épisode anaphylactique suspecté est adressée au médecin traitant et à l'allergologue le plus rapidement possible.

2.8.1 Avis du groupe de travail

Le groupe travail a souhaité ajouter ce message qui n'est pas présent dans les recommandations du NICE en raison de l'importance d'informer les autres professionnels de santé qui prennent en charge le patient ayant eu un épisode anaphylactique suspecté.

2.9 Messages non retenus par le groupe de travail

2.9.1 La recommandation 1.1.6

Inform the person (or, as appropriate, their parent and/or carer) that a blood sample may be required at follow-up with the specialist allergy service to measure baseline mast cell tryptase.

« Informer le patient (et/ou les parents, tuteurs) qu'un prélèvement de sang pour doser la tryptase pourra être demandé par l'allergologue dans le cadre du suivi afin de disposer d'une valeur de base. »

► Avis du groupe de travail

Le groupe de travail ne souhaite pas retenir cette recommandation car l'allergologue sera à même d'informer le patient sur la réalisation des examens complémentaires (par exemple : dosage de la tryptase, tests cutanés) qu'il aura à prescrire.

2.9.2 La recommandation 1.1.7

Adults and young people aged 16 years or older who have had emergency treatment for suspected anaphylaxis should be observed for 6–12 hours from the onset of symptoms, depending on their response to emergency treatment. In people with reactions that are controlled promptly and easily, a shorter observation period may be considered provided that they receive appropriate post-reaction care prior to discharge.

« Les adultes et les jeunes de plus de 16 ans qui ont reçu un traitement d'urgence pour suspicion d'anaphylaxie nécessitent une surveillance dont la durée sera fonction de la gravité de l'état clinique et de la réponse au traitement. »

2.9.3 La recommandation 1.1.8

Children younger than 16 years who have had emergency treatment for suspected anaphylaxis should be admitted to hospital under the care of a paediatric medical team.

« Les enfants âgés de moins de 16 ans qui ont reçu un traitement en urgence pour une réaction anaphylactique suspectée doivent être hospitalisés, dans la mesure du possible dans un service de pédiatrie. »

► Avis du groupe de travail

Tous les enfants en France ne peuvent pas être hospitalisés dans des services spécialisés de pédiatrie. Il n'y a pas toujours d'accueil pédiatrique aux urgences. Le groupe de travail ne peut retenir cette recommandation car elle ne correspond pas à l'organisation des soins en France.

2.9.4 La recommandation 1.1 12

Each hospital trust providing emergency treatment for suspected anaphylaxis should have separate referral pathways for suspected anaphylaxis in adults (and young people) and children.

« Chaque hôpital proposant un traitement d'urgence pour les réactions anaphylactiques devrait avoir des structures référentes différentes pour les adultes et les enfants. »

► Avis du groupe de travail

Le groupe de travail ne peut retenir cette recommandation car elle ne correspond pas à l'organisation des soins en France.

2.10 Avis des parties prenantes

2.10.1 Société française de dermatologie

Les membres du bureau du groupe thématique Urticaire de la Société française de dermatologie (GUS) ont fait 2 commentaires sur le fond. Il est noté dans le titre des examens à réaliser pour confirmer le diagnostic mais dans l'introduction du document, il est écrit « ces messages clés ne traitent pas de la prise en charge diagnostique (et thérapeutique) d'une réaction anaphylactique ». Ceci paraît contradictoire et doit être mieux explicité

Il est difficile d'élaborer des messages clés qui s'adressent à la fois aux médecins, aux professionnels de santé et aux patients. Ceux qui sont adaptés pour les uns ne le sont pas toujours pour les autres.

Quelques remarques sur des points précis ont été également faites.

Message 1 : et « dans la plupart des cas » à supprimer, la peau (prurit palmo-plantaire, urticaire, œdème).

Message 2 : mettre plutôt « faire préciser la chronologie de la réaction : heure de début des symptômes et des circonstances qui les ont précédées, prises alimentaires, prises médicamenteuses, piqûres d'hyménoptères, contact avec du latex » ou à mettre en annexe.

Message 4 : Il faudrait noter que classiquement, un délai de 6 semaines entre l'épisode d'anaphylaxie et le bilan allergologique doit être respecté.

Message 5 : deux seringues auto-injectables d'adrénaline (il arrive qu'une seringue ne se déclenche pas).

Message 6 : est-ce au patient de parler de réaction biphasique ? L'important pour lui est de savoir que s'il fait une nouvelle réaction il faut qu'il fasse l'injection d'adrénaline et qu'il appelle le 15.

Faut-il à ce moment lui parler des associations de patients alors que le diagnostic d'anaphylaxie n'est encore que suspecté ?

Dans la pratique quotidienne, c'est le délai de 6 semaines qui est habituellement respecté pour faire le bilan allergologique.

Dans les recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation sur la prise en charge de l'anaphylaxie, datant de 2010, il est noté « les tests cutanés doivent être réalisés 4 à 6 semaines après l'épisode aigu ».

Dans un article de Simons,⁶ spécialiste de cette question, il est noté « *skin tests should be performed ... preferably at least 3 to 4 weeks after the anaphylactic episode* ».

2.10.2 Société française de pédiatrie

L'anaphylaxie est la manifestation la plus grave de réactions d'hypersensibilité immédiates. Il s'agit d'un syndrome clinique associant de manière variable des signes cutanéomuqueux (urticaire,

⁶ Simons FE. Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 2010;125(2 Suppl 2):S161-S181.

œdème, grave lorsqu'il touche le larynx), digestifs (douleurs abdominales, diarrhée, vomissement), respiratoires (rhino-conjonctivite, dyspnée et bronchospasme) et enfin circulatoires (tachycardie, hypotension, collapsus) quelques heures après le contact avec l'allergène auquel le sujet est sensibilisé. Le choc anaphylactique est évident en cas d'atteinte circulatoire mais doit aussi être évoqué devant l'atteinte de deux organes (précités) par la réaction anaphylactique.

Corrections

Message 1 : des signes cutané-muqueux (urticaire, notamment lorsqu'il est généralisé, œdème, grave lorsqu'il touche le larynx), digestifs (douleurs abdominales, diarrhée, vomissement), respiratoires (rhino-conjonctivite, dyspnée et bronchospasme), et enfin circulatoires (tachycardie, hypotension, collapsus) quelques heures après le contact avec l'allergène auquel le sujet est sensibilisé. Le choc anaphylactique est défini par une atteinte circulatoire mais doit aussi être évoqué devant l'atteinte de deux organes par la réaction anaphylactique.

Message 2 : noter le début de survenue des symptômes. Noter les circonstances dans les heures ayant précédé le début des symptômes pour aider à identifier un ou des possibles facteurs déclenchants. Administrer de l'adrénaline en intramusculaire (le risque de décès est de 10 % à 30 % inférieur chez les personnes ayant eu de l'adrénaline après un accident anaphylactique par rapport à celles n'en ayant pas eu). Hospitaliser le patient pour surveillance du fait du risque de réaction biphasique.

Message 5 à mettre en 4 :

après le traitement d'urgence pour une suspicion de réaction anaphylactique, en attendant la consultation d'allergologie, une seringue auto-injectable d'adrénaline doit être prescrite et son utilisation enseignée.

Message 4 à mettre en 5 :

après le traitement d'urgence de suspicion d'anaphylaxie, le patient doit être adressé vers une consultation d'allergologie à distance de l'anaphylaxie (en moyenne 5 à 6 semaines) pour une prise en charge diagnostique, thérapeutique et éducationnelle.

Message 6 : si l'allergène a été identifié, la stratégie d'éviction du ou des allergènes suspectés.

Message 7 : « le plus rapidement possible » (à nuancer, l'exploration allergologique n'est possible que 4 à 6 semaines après l'accident anaphylactique).

2.10.3 Société de pneumologie de langue française (SPLF)

Nous vous remercions d'avoir sollicité la Société de pneumologie de langue française pour participer à la lecture des messages clés à partir d'une recommandation de bonne pratique du *National Institute Of Clinical Excellence* de 2011 intitulée « *Assessment to confirm an anaphylactic episode and the decision to refer after emergency treatment for a suspected anaphylactic episode* ».

La SPLF juge la traduction proposée applicable, globalement acceptable et compréhensible. Seule l'applicabilité du message 3 ne nous paraît pas évidente. En effet, il n'est pas certain que le dosage de tryptase soit très courant ni sa spécificité évidente. De plus dans le message 7, le mot « *trainer* » est sans doute un anglicisme, qui nous semble inopportun dans des recommandations de la HAS. Enfin, nous soulignons que ce texte est une traduction de recommandations étrangères et ne peut pas être considéré comme des recommandations de la SPLF.

2.10.4 Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP2A)

Le conseil scientifique de la SP2A a donc, comme demandé, relu les 7 messages clés de la traduction française des recommandations NICE sur les examens à réaliser pour confirmer le diagnostic et préciser la prise en charge à effectuer après traitement en urgence d'un épisode anaphylactique.

De façon globale, nous avons été frappés par quelques points qui nous paraissent importants :

1) il n'existe à l'heure actuelle aucune recommandation nationale sur l'anaphylaxie et il paraît dommage de se limiter à la confirmation diagnostique et à la prise en charge après la période

aiguë. Il serait quand même important de reprendre la définition du consensus européen sur l'anaphylaxie (Sampson⁷ puis Muraro⁸, *Allergy* 2007) et de rappeler les indications cliniques de traitement par adrénaline injectable et son faible risque ;

2) la gravité du terrain sous-jacent, type asthme, surtout en pédiatrie, doit être clairement énoncée. Certes, examens et prise en charge post-urgence sont les mêmes que pour les autres mais il faut encore être plus attentif à ce que tout soit bien fait comme il se doit ;

3) parmi les professionnels concernés il faudrait également citer les pompiers (Larcan A⁹, *Presse Méd* 2013).

Concernant les différents messages :

+ Message 1 : les signes vitaux devraient être mieux explicités (si on parle d'anaphylaxie, l'urticaire engage rarement le pronostic vital...). Il manque des signes importants chez l'enfant, comme le malaise, la léthargie. Les signes abdominaux sont souvent très présents. Pour l'enfant, les normes de TA, fréquence cardiaque et respiratoire selon l'âge méritent d'être précisées. La prise de photos avec le téléphone portable est utile. Enfin, il faudrait préciser « voies aériennes supérieures » et « voies aériennes inférieures » plutôt que « voies aériennes » et « voies respiratoires ».

+ Message 2 : il faudrait écrire « heure de début » plutôt que « début ». Il semble important d'ajouter qu'il faut garder des preuves (étiquette des aliments, part d'aliments à congeler pour de futurs *prick to prick*, interroger le restaurateur, etc. Sheth¹⁰, *Ann Allergy Asthma Immunol* 2010) et qu'il faut rechercher des facteurs annexes (prise concomitante de médicaments, effort physique ...).

+ Message 3 : la tryptase est importante à doser mais est-ce réalisable partout (cabinet de ville, pompiers, etc.) ? Dans ce cas comment faire ? D'autre part dans NICE il est bien précisé qu'en pédiatrie il ne faudrait doser la tryptase que lors d'anaphylaxie liée aux venins, médicaments ou idiopathique. Enfin, comment se conserve le prélèvement, à qui l'adresser et comment ?

+ Message 4 : non seulement le patient doit être adressé vers un allergologue mais le soignant ayant pris en charge un patient avec anaphylaxie doit s'assurer de la prise de rendez-vous.

+ Message 5 : le stylo auto-injectable doit être prescrit et son maniement enseigné (*WAO anaphylaxis guidelines*, Simons¹¹, *JACI* 2011;127:587). Certains proposent de prescrire 2 stylos (même référence) ! Enfin quid des bêta2 de courte durée d'action par voie inhalée lors de bronchospasme associé (Muraro, *Allergy* 2007;62:857). La remise d'un plan d'action individualisé paraît également justifiée.

+ Message 6 : le temps de surveillance du patient après un épisode anaphylactique n'est pas précisé. D'après les recommandations européennes, ce temps est de 6 à 8 h, voire 24 h en cas de choc. D'autre part où le surveiller ? Il n'y a aucune information donnée dans les messages clés pour savoir quand hospitaliser un patient...

+ Message 7 : OK.

En l'état la SP2A ne peut donc pas valider ces messages clés issus de NICE.

Espérant que nos réflexions vous auront été utiles, je vous prie d'agréer mes respectueuses salutations.

⁷ Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF, Bock SA, Branum A, *et al.* 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. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117(2):391-7.

⁸ Muraro A, Roberts G, Clark A, Eigenmann PA, Halken S, Lack G, *et al.* The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergology and clinical immunology. *Allergy* 2007;62(8):857-71.

⁹ Lacran A, Moneret-Vautrin DA. Utilisation de l'adrénaline dans le traitement de l'anaphylaxie : nécessité d'autorisation d'emploi par les secouristes. *Presse Méd* 2013;42(6 (Part 1)):922-9.

¹⁰ Sheth SS, Wasserman S, Kagan R, Alizadehfar R, Primeau MN, Elliot S, *et al.* Role of food labels in accidental exposures in food-allergic individuals in Canada. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2010;104(1):60-5.

¹¹ Simons FE, Arduzzo LR, Bilo MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, *et al.* World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127(3):587-93.

2.10.5 Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)

Nous vous remercions d'avoir pu relire les messages clés que vous avez élaborés pour vos recommandations « Suspicion d'anaphylaxie : examen(s) à réaliser pour confirmer le diagnostic et prise en charge après le traitement d'urgence ».

Nous avons lu attentivement ces messages clés qui sont proches de ceux élaborés par le NHS. Pour certains ils sont une traduction très proche des recommandations anglaises. Nous pensons que le premier message pourrait être libellé différemment, et selon nous il manque 2 messages clés importants.

Pour le message 1, nous pensons qu'une écriture plus simple serait tout aussi efficace : la présence des symptômes aigus (faisant craindre la mise en jeu du pronostic vital) impliquant soit :

- les voies aériennes ;
- les voies respiratoires ;
- la circulation ;
- et dans la plupart des cas.

Dans les recommandations anglaises du NICE, page 10, nos collègues anglais se sont clairement prononcé sur une durée de surveillance de 6 à 12 h des patients (point 1.1.7 du NHS).

Il n'y a rien de tel dans le projet de messages clés français. À notre avis ceci est important pour nos collègues aux urgences, et devrait figurer dans des recommandations sur la prise en charge des patients après le traitement d'urgence. Nous comprenons qu'il n'y a pas d'étude spécifique sur ce point précis, mais un accord professionnel devrait pouvoir être obtenu. On pourrait proposer une surveillance minimale de 6 h après une réaction allergique (surtout pour les réactions de sévérité grade II ou III – cf. après), qui paraît être raisonnable compte tenu du temps pour le diagnostic, la mise en route du traitement et la vérification de son efficacité.

Enfin, il est souhaitable que les médecins puissent évaluer la gravité de la situation clinique. Dans les RFE sur la « Prévention du risque allergique en anesthésie » nous avons clairement recommandé d'utiliser la classification de Ring et Messmer cotant la gravité des situations du grade I (signes cutanés seulement) au grade IV (arrêt cardio-respiratoire, incompetence circulatoire). Ce score est connu des allergologues.

Les valeurs de la tryptase plasmatique sont élevées dans les cas de sévérité grade III ou IV, alors qu'ils sont souvent plus faibles pour les cas de grade I ou II. Sachant que le dosage de tryptase n'est qu'un élément du diagnostic, pouvoir mettre un score de gravité à la réaction allergique nous paraît important. De plus, selon la gravité de la situation clinique ce score permet de choisir le protocole le traitement par injection titrée d'adrénaline.

En remerciant la HAS de cette demande que nous avons été heureux d'analyser nous vous souhaitons bonne réception de notre réponse. La SFAR et ses experts restent à votre disposition pour des questions complémentaires si nécessaire.

2.10.6 Association française pour la prévention des allergies (AFPRAL)

Suite à la lecture des 7 messages, les membres de l'AFPRAL n'émettent pas de commentaire particulier.

2.11 Points à améliorer

- Présence d'un échantillon de démonstration de la seringue auto-injectable prescrite par le centre hospitalier dans les services d'urgences.
- Modifier la législation qui à ce jour n'autorise pas les services d'urgence des pompiers à utiliser la seringue auto-injectable d'adrénaline en présence d'un choc anaphylactique.
- Rendre obligatoire la déclaration des réactions anaphylactiques sur le réseau « Allergovigilance ».

2.12 Avis du Collège de la HAS

La version adoptée par le Collège est la suivante :

Titre

Le titre qui initialement était « Suspicion d'anaphylaxie après le traitement en urgence : examen(s) pour confirmer le diagnostic. Prise en charge à initier » a été simplifié en « Conduite à tenir après le traitement d'urgence d'une suspicion d'anaphylaxie ».

Les professionnels de santé concernés par le thème

La liste des professionnels de santé a été abrégée.

La recommandation 1.1.8 du NICE

La recommandation 1.1.8 du NICE : « *Children younger than 16 years who have had emergency treatment for suspected anaphylaxis should be admitted to hospital under the care of a paediatric medical team* » n'avait pas été utilisée dans la version initiale des messages clés.

Le Collège a souhaité prendre en compte l'amélioration de la sécurité des soins et a demandé le maintien de ce message pour les enfants qui a été ajouté aux messages clés :

« Les enfants qui ont reçu un traitement en urgence pour une réaction anaphylactique suspectée doivent être hospitalisés, dans la mesure du possible dans un service de pédiatrie. »

Message 1

Le message 1 correspond à la traduction de la recommandation 1.1.1 du NICE.

« En cas de suspicion de réaction anaphylactique il est important de noter la présence de symptômes aigus faisant craindre la mise en jeu du pronostic vital impliquant :

- les voies aériennes supérieures (œdème laryngé et/ou pharyngé) ;
- et /ou les voies aériennes inférieures (bronchospasme avec tachypnée) ;
- et/ou la circulation (hypotension et/ou tachycardie) ;
- dans la plupart des cas la peau (urticaire) et les muqueuses (œdème) ;
- pour les enfants une léthargie, un malaise.

Cette liste est non exhaustive, par exemple : les symptômes abdominaux (vomissements, douleurs). »

Ce message étant redondant avec la définition de l'épisode anaphylactique présentée en introduction des messages clés, il a été décidé de les rassembler en un seul paragraphe.

Check-list

Le Collège a souhaité que les messages clés soient présentés sous forme de check-list.

Annexe 1. Classification des réactions d'anaphylaxie

Issue de la classification de Ring et Messmer

Tableau 2. Grade de sévérité pour quantifier une réaction d'hypersensibilité selon les symptômes

Grade	Symptômes
I	Signes cutanés, érythème généralisé, urticaire, angioœdème
II	Symptômes quantifiables mais ne menaçant pas la vie : signes cutanés, hypotension, tachycardie, difficultés ventilatoires, toux, difficultés à gonfler les poumons
III	Symptômes menaçant la vie : collapsus, tachycardie ou bradycardie, arythmies, bronchospasme
IV	Arrêt cardiaque et/ou respiratoire

Annexe 2. Résumé des caractéristiques des produits (RCP), modes d'emploi

Tableau 3. Épinéphrine (DCI) ou adrénaline Jext extraits du RCP (35)	
Indications	Jext est indiqué dans le traitement d'urgence des réactions allergiques aiguës graves (chocs anaphylactiques) provoquées par des piqûres ou des morsures d'insectes, des aliments, des médicaments ou d'autres allergènes, ainsi que du choc anaphylactique induit par un exercice physique ou idiopathique.
Contre-indications	Il n'y a aucune contre-indication absolue à l'utilisation de Jext en cas d'urgence allergique.
Mises en garde et précautions d'emploi	<p>Contient du métabisulfite de sodium et peut provoquer des réactions allergiques sévères telles que des réactions anaphylactiques ou un bronchospasme, en particulier chez les patients asthmatiques. Les patients sensibilisés aux sulfites doivent être soigneusement informés des circonstances dans lesquelles Jext doit être utilisé.</p> <p>En raison d'un risque accru d'effets indésirables après l'administration d'adrénaline, des précautions particulières doivent être prises chez les patients souffrant de maladies cardio-vasculaires telles que l'angine de poitrine, la cardiomyopathie obstructive, l'arythmie cardiaque, le cœur pulmonaire, l'athérosclérose et l'hypertension artérielle.</p> <p>Des précautions particulières doivent également être prises chez les patients souffrant d'hyperthyroïdie, de phéochromocytome, de glaucome à angle fermé, d'insuffisance rénale sévère, d'adénome prostatique avec rétention vésicale, d'hypercalcémie, d'hypokaliémie et de diabète.</p> <p>Des précautions doivent également être prises chez les personnes âgées et les femmes enceintes.</p> <p>Une injection accidentelle dans la main ou le pied peut par vasoconstriction provoquer une ischémie de l'extrémité du membre concerné.</p>
Information du patient	<p>Tous les patients pour lesquels Jext a été prescrit doivent être parfaitement informés et comprendre correctement les indications et les conditions d'utilisation du dispositif. Jext doit être exclusivement administré dans la face antérolatérale de la cuisse. Le produit est injecté immédiatement, par simple pression de l'extrémité noire contenant l'aiguille contre la peau. Le patient doit être informé de ne pas injecter Jext dans le muscle fessier en raison du risque d'injection accidentelle dans une veine. Le patient doit être informé qu'un suivi médical est indispensable après administration. Le patient doit être pris en charge par une équipe de soins d'urgence immédiatement après l'administration de la première dose afin de bénéficier d'une surveillance médicale attentive de l'épisode anaphylactique et recevoir un traitement complémentaire si nécessaire.</p> <p>Les patients doivent être informés de vérifier régulièrement Jext et de le remplacer avant la date d'expiration.</p>
Modalités de manipulation	<p>Le stylo prérempli est opérationnel par simple pression de l'extrémité noire du stylo injecteur contre la face extérieure de la cuisse. Cela active le piston, qui pousse l'aiguille cachée à travers la membrane de l'injecteur noir dans le muscle et injecte la dose d'adrénaline.</p> <p>1 Prendre le stylo injecteur Jext dans la main dominante (celle qui est utilisée pour écrire) avec le pouce le plus près possible du bouchon jaune.</p> <p>2 : Retirer le bouchon jaune. avec l'autre main.</p> <p>3 : Placer l'extrémité noire du stylo injecteur contre la face extérieure de la cuisse, tenir l'injecteur à angle droit de la cuisse (environ 90°).</p> <p>4 : Presser fermement l'extrémité noire contre l'extérieur de la cuisse jusqu'à entendre le déclic confirmant le début de l'injection, le maintenir en position. Tenir fermement l'injecteur en place contre la cuisse pendant 10 secondes (compter lentement jusqu'à 10) puis retirer. L'extrémité noire s'étire automatiquement pour recouvrir l'aiguille.</p> <p>5 : Masser la zone d'injection pendant 10 secondes. Rechercher immédiatement une aide médicale.</p> <p>Note : le capuchon jaune empêche l'activation du dispositif et ne doit être enlevé qu'au moment de l'injection. L'extrémité noire de l'injecteur doit être gardée à distance de la main.</p>

Tableau 4. Épinéphrine (DCI) ou adrénaline extraits du RCP (ANAPEN®) (36)	
Indications	Traitement d'urgence des symptômes du choc anaphylactique provoqué par les cacahuètes ou par d'autres aliments, médicaments, morsure ou piqûre d'insectes, autres allergènes, ainsi que du choc anaphylactique idiopathique ou induit par un exercice physique.
Contre-indications	Hypersensibilité à l'adrénaline ou à l'un des excipients (cf. Mises en garde et précautions d'emploi pour plus d'informations sur les sulfites).
Mises en garde et précautions d'emploi	<p>Chez les patients sensibilisés au sulfite, en particulier chez les asthmatiques, ANAPEN peut provoquer des réactions de type allergique (symptômes anaphylactiques, bronchospasme). ANAPEN est uniquement indiqué comme traitement d'urgence. Un suivi médical est indispensable après administration.</p> <p>Utiliser avec précaution chez les patients présentant une pathologie cardiaque, c'est-à-dire une maladie coronaire, une atteinte myocardique (déclenchement possible d'angine de poitrine), une insuffisance ventriculaire droite, des troubles du rythme cardiaque ou une tachycardie.</p> <p>Après administration d'adrénaline, des effets secondaires peuvent survenir chez des patients hyperthyroïdiens, cardiaques (angine de poitrine sévère, cardiomyopathie obstructive, arythmie ventriculaire et hypertension), souffrant de phéochromocytome, de glaucome, d'insuffisance rénale sévère, d'adénome prostatique avec rétention d'urine, d'hypercalcémie, d'hypokaliémie, chez les diabétiques, les personnes âgées et les femmes enceintes.</p> <p>Des injections locales répétées peuvent provoquer une nécrose au niveau des points d'injection par vasoconstriction. Une injection intravasculaire accidentelle peut entraîner une hémorragie cérébrale suite à une augmentation de la pression artérielle. Une injection accidentelle dans la main ou le pied peut par vasoconstriction provoquer un défaut d'irrigation sanguine de l'extrémité du membre concerné.</p>
Information du patient	Tous les patients pour lesquels ANAPEN a été prescrit doivent être parfaitement informés et comprendre correctement les indications et les conditions d'utilisation du dispositif. ANAPEN est uniquement indiqué comme traitement d'urgence. Un suivi médical est indispensable après administration.
Modalités de manipulation	<p>Un graphique explicatif figure sur la notice et l'étiquette collée sur l'auto-injecteur.</p> <p>Enlever le bouchon noir protecteur de l'aiguille, ce qui entraîne la gaine protectrice de l'aiguille.</p> <p>Retirer le bouchon noir de sécurité pour découvrir le bouton rouge déclencheur d'injection.</p> <p>Maintenir l'extrémité qui contient l'aiguille fermement appliquée sur la face antérieure de la cuisse, puis appuyer sur le bouton déclencheur rouge. Si nécessaire, l'injection peut être pratiquée à travers le vêtement lorsqu'il est en tissu léger. Maintenir en position pendant 10 secondes puis retirer.</p> <p>Remettre le bouchon noir protecteur de l'aiguille en place après utilisation.</p> <p>Un dispositif d'apprentissage à l'utilisation sans aiguille est commercialisé.</p>

Tableau 5. Adrénaline, EPIPEN solution injectable en seringue préremplie extraits du RCP (37)	
Indications	Traitement d'urgence des symptômes du choc anaphylactique provoqué par les cacahuètes ou par d'autres aliments, médicaments, morsure ou piqûre d'insectes, autres allergènes, ainsi que du choc anaphylactique idiopathique ou induit par un exercice physique.
Contre-indications	Il n'y a pas de contre-indication lorsque les indications sont respectées.
Mises en garde et précautions d'emploi	<p>Utiliser avec précaution chez les patients présentant une pathologie cardiaque, c'est-à-dire une maladie coronaire, une atteinte myocardique (déclenchement possible d'angine de poitrine), une insuffisance ventriculaire droite, des troubles du rythme cardiaque ou une tachycardie.</p> <p>Après administration d'adrénaline, des effets secondaires peuvent survenir chez des patients hyperthyroïdiens, cardiaques (angine de poitrine sévère, cardiomyopathie obstructive, arythmie ventriculaire et hypertension), souffrant de phéochromocytome, de glaucome, d'insuffisance rénale sévère, d'adénome prostatique avec rétention d'urine, d'hypercalcémie, d'hypokaliémie, chez les diabétiques, les personnes âgées et les femmes enceintes.</p> <p>Chez des patients sensibilisés au sulfite, en particulier chez les asthmatiques, EPIPEN peut provoquer des réactions de type allergique (symptômes anaphylactiques, bronchospasme). Les patients susceptibles de présenter ces réactions doivent être parfaitement informés.</p> <p>Des injections locales répétées peuvent provoquer une nécrose au niveau des points d'injection par vasoconstriction. Une injection intravasculaire accidentelle peut entraîner une hémorragie cérébrale suite à une augmentation de la pression artérielle. Une injection accidentelle dans la main ou le pied peut par vasoconstriction provoquer un défaut d'irrigation sanguine de l'extrémité du membre concerné.</p>
Information du patient	Tous les patients pour lesquels EPIPEN a été prescrit doivent être parfaitement informés et comprendre correctement les indications et les conditions d'utilisation du dispositif. EPIPEN est uniquement indiqué comme traitement d'urgence. Un suivi médical est indispensable après administration.
Modalités de manipulation	EPIPEN est constitué d'une seringue préremplie d'adrénaline contenue dans un dispositif d'auto-injection. Le tout constitue un auto-injecteur. L'injection d'EPIPEN doit être effectuée en intramusculaire, sans attendre, dès l'apparition des signes précurseurs et symptômes du choc anaphylactique.

Annexe 3. Méthode de travail

La méthode d'élaboration des messages clés à partir d'une recommandation de bonne pratique d'un organisme public étranger comporte les phases suivantes :

- un travail en interne à la HAS d'identification du thème à traiter par :
 - une sélection des recommandations venant d'agences publiques datant de moins de 2 ans,
 - une vérification que ce thème choisi n'est pas ou n'a pas été traité antérieurement par la HAS ;
- une phase de faisabilité. Le travail en interne à la HAS consiste à :
 - identifier les niveaux de preuve des recommandations sélectionnées,
 - vérifier qu'à partir de trois recommandations récentes d'agences publiques ou de sociétés savantes nationales ou internationales il n'y a pas absence de consensus sur ces recommandations,
 - vérifier l'absence d'impact d'éventuels avis médico-économiques sur les recommandations sélectionnées.
- Une fois cette phase de faisabilité réalisée, les sociétés savantes, collèges, organisations professionnelles, associations de patients ou d'usagers et institutionnels concernés par le thème sont invités à participer à l'élaboration des messages clés. Ils vont constituer les parties prenantes.
- Les parties prenantes sont invitées à proposer des experts pour constituer le futur groupe de travail.
- Les membres du groupe de travail, sous réserve de leur accord, sont désignés par la HAS. Les experts sollicités pour participer au groupe de travail doivent communiquer leurs déclarations d'intérêts. Elles sont analysées en fonction du thème par une entité dédiée à la gestion des conflits d'intérêts.
- Le groupe de travail constitué participe à une réunion à la HAS. Lors de cette réunion, le groupe de travail sélectionne les messages clés, les traduit et les transpose si nécessaire au contexte français.
- Les messages clés rédigés par le groupe de travail sont envoyés aux parties prenantes. En parallèle un travail en interne est réalisé à la HAS pour rédiger un document de travail, support de ces messages clés.
- Un avis officiel des parties prenantes est recueilli sur les propositions de messages clés en particulier sur leur applicabilité, leur acceptabilité et leur lisibilité.
- Un travail en interne à la HAS d'analyse des commentaires reçus des parties prenantes est effectué.
- L'avis du groupe de travail est recueilli sur les commentaires reçus des parties prenantes pour la rédaction de la version finale des messages clés. Si nécessaire, une deuxième réunion du groupe de travail peut être organisée.
- Les messages clés sont ensuite soumis à une phase de validation par les instances de la HAS.
- Au terme du processus, la HAS met en ligne les messages clés sur son site (www.has-sante.fr) ainsi que le document de travail.

Annexe 4. Recherche documentaire

Période de recherche

La recherche a porté sur les recommandations, guides, rapports et revues Cochrane, parus sur la période janvier 2008 à mai 2013, sur les thèmes définis en accord avec le chef de projet. Elle a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature francophone : la base de données Pascal et la Banque de données en santé publique ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique (liste exhaustive ci-après).

Sites consultés :

Bibliothèque médicale Lemanissier
Bibliothèque interuniversitaire de médecine - BIUM
Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMef
Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques – CEDIT
Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision (Fédération hospitalière de France) - ETSAD
Expertise collective Inserm
Institut national du cancer - INCa
Société française d'allergologie
Société française d'anesthésie et de réanimation
Adelaide Health Technology Assessment - AHTA
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé - AETMIS
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
American Academy of Allergy, Asthma & Immunology - AAAAI
Australia and New Zealand Horizon Scanning Network - ANZHSN
Belgique Santé
Blue Cross Blue Shield Association - BCBS - *Technology Evaluation Center*
BMJ *Clinical Evidence*
California Technology Assessment Forum - CTAF
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH
Canadian Task Force on Preventive Health Care - CTFPHC
Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
Centre for Clinical Effectiveness - CCE
Centre for Reviews and Dissemination databases
Center for disease Control and prevention - CDC
CMA Infobase
Cochrane Library
Conseil supérieur de la santé (Belgique) - CSS
Danish Anaesthesia Allergy Centre
European academy of allergology and clinical immunology
European Anaphylaxis Taskforce
European Network for Drug Allergy
Euroscan
Guidelines International Network - GIN
Guidelines Finder (National Library for Health)
Health Services Technology Assessment Text - HSTAT
Horizon Scanning
Medical Services Advisory Committee - MSAC
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment - NCCHTA
National Guideline Clearinghouse - NGC
National Health and Medical Research Council - NHMRC
National Horizon Scanning Centre - NHSC

National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
New Zealand Guidelines Group - NZGG
New Zealand Health Technology Assessment - NZHTA
Public Health Agency of Canada - Diseases Prevention and Control Guidelines - PHAC
Royal Australian College of General Practitioners
Royal College of Paediatrics and Child Health
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
Société canadienne de pédiatrie
Tripdatabase
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration - WMHTA
World Allergy Organization

Annexe 5. Analyse des recommandations retenues

Tableau 6. Analyse des recommandations retenues						
Auteur, année, référence	Titre	Recherche littérature	Thème principal	Grada-tion	Experts Pluridisci-plinaires	Relecture Validation externe
American Academy of Allergy, Asthma & Immunology, American College of Allergy, Asthma & Immunology, Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology 2010 (7)	The Diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: update 2010	Oui	Diagnostic et traitement en urgence du choc anaphylactique	Oui	Oui	Oui
World Allergy Organization 2011 (23)	Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis	Oui	Diagnostic et traitement en urgence du choc anaphylactique	Non	Oui	Oui
World Allergy Organization 2012 (31)	Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. Update 2012	Oui	Diagnostic et traitement en urgence du choc anaphylactique	Non	Oui	Non disponible
Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), Société française d'allergologie (SFA) 2011 (22)	Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia: 2011 updated guidelines for clinical practice	Oui	Diagnostic et traitement en urgence du choc anaphylactique aux anesthésiques	oui	oui	oui
Société canadienne de pédiatrie 2011 (30)	Le traitement d'urgence de l'anaphylaxie chez les nourrissons et les enfants	Non disponible	La prise en charge en urgence de l'anaphylaxie chez les nourrissons et les enfants	Non disponible	Oui	Oui
Royal College of Physicians 2009 (4)	Emergency treatment of anaphylaxis in adults. Concise guidance to good practises series	Non	Traitement en urgence du choc anaphylactique	Non disponible	Oui	Non disponible
Royal College of Paediatric and Child Health 2011 (24)	Allergy care pathways for children Anaphylaxis	Non	Choc anaphylactique chez l'enfant	Non	Oui	Oui

Participants

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à l'une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de ces messages clés

Association française pour la prévention des allergies (AFPRAL)

Collège de la médecine générale

Samu Urgences de France

Société de pneumologie de langue française

Société française d'allergologie (SFA)

Société française d'anesthésie et de réanimation

Société française de dermatologie

Société française de dermatologie pédiatrique

Société française de médecine d'urgence (SFMU)

Société française de pédiatrie

Société française d'immunologie

Société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou (SFORL)

Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP2A)

Groupe de travail

Dr Cécile CHENIVESSE, pneumologue, Paris

Dr Laure COUDERC, pneumo-allergologue pédiatre, Rouen

Mme Pascale COURATIER, représentant associatif, Paris

Dr Hugo DELUBAC, médecin généraliste, Arles

Pr Marie-Sylvie DOUTRE, dermatologue, Bordeaux

Dr Corinne ELOIT-TALMAN, otorhinolaryngologue, Paris

Dr Sybille GODDET, médecin urgentiste, Chalon-sur-Saône

Dr Joëlle FAVRE-BONTE, HAS, Saint-Denis

Dr Laurence LE CLEACH, dermatologue, Créteil

Pr Paul-Michel MERTES, anesthésiste-réanimateur, Strasbourg

Parties prenantes

Les organismes professionnels et associations de patients et d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour participer à ces messages clés en tant que parties prenantes.

Association française pour la prévention des allergies (AFPRAL)

Collège de la médecine générale

Samu Urgences de France

Société de pneumologie de langue française

Société française d'allergologie (SFA)

Société française d'anesthésie et de réanimation

Société française de dermatologie

Société française de dermatologie pédiatrique

Société française de médecine d'urgence (SFMU)

Société française de pédiatrie

Société française d'immunologie

Société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou (SFORL)

Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP2A)

Références

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Anaphylaxis. Assessment to confirm an anaphylactic episode and the decision to refer after emergency treatment for a suspected anaphylactic episode. London: NICE; 2011. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13626/57537/57537.pdf>
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Emergency treatment of anaphylactic reactions. Guidelines for healthcare providers. London: Resuscitation Council; 2008. <http://www.resus.org.uk/pages/reaction.pdf>
3. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, *et al.* Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the nomenclature review committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113(5):832-6.
4. Royal College of Physicians, Soar J. Emergency treatment of anaphylaxis in adults. Concise guidance to good practices series. *Clin Med Emerg* 2009;9(2).
5. Gauld I, Bolton D. The Hymenoptera. Oxford: University Press; 1988.
6. Pecault FP. L'envenimation par les hyménoptères. [Thèse]. Toulouse: Université Paul-Sabatier; 2002.
7. American Academy of Allergy Asthma & Immunology, American College of Allergy Asthma & Immunology, Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology, Liberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, *et al.* The Diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126:477-80.
8. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Biologie médicale nomenclature des actes. Paris: CNAM; 2013. http://www.codage.ext.cnamts.fr/f_mediam/fo/nabm/DOC.pdf
9. Brown SG, Blackman KE, Heddle RJ. Can serum mast cell tryptase help diagnose anaphylaxis? *Emerg Med Australas* 2004;16(2):120-4.
10. Enrique E, García-Ortega P, Sotorra O, Gaig P, Richart C. Usefulness of UniCAP-Tryptase fluoroimmunoassay in the diagnosis of anaphylaxis. *Allergy* 1999;54(6):602-6.
11. Mertes PM, Laxenaire MC, Alla F, Groupe d'études des réactions anaphylactoïdes per-anesthésiques. Anaphylactic and anaphylactoid reactions occurring during anesthesia in France in 1999-2000. *Anesthesiology* 2003;99(3):536-45.
12. Malinovsky JM, Decagny S, Wessel F, Guilloux L, Mertes PM. Systematic follow-up increases incidence of anaphylaxis during adverse reactions in anesthetized patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52(2):175-81.
13. Kanthawatana S, Carias K, Arnaout R, Hu J, Irani AM, Schwartz LB. The potential clinical utility of serum alpha-protryptase levels. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103(6):1092-9.
14. Laroche D, Vergnaud MC, Sillard B, Soufarapis H, Bricard H. Biochemical markers of anaphylactoid reactions to drugs. Comparison of plasma histamine and tryptase. *Anesthesiology* 1991;75(6):945-9.
15. Laroche D, Vergnaud MC, Dubois F, Brichard H. Plasma histamine and tryptase during anaphylactoid reactions. *Agents and Actions* 1992;36(2 Suppl):C201-C202.
16. Laroche D, Aimone-Gastin I, Dubois F, Huet H, Gérard P, Vergnaud MC, *et al.* Mechanisms of severe, immediate reactions to iodinated contrast material. *Radiology* 1998;209(1):183-90.

17. Ordoqui E, Zubeldia JM, Aranzábal A, Rubio M, Herrero T, Tornero P, *et al.* Serum tryptase levels in adverse drug reactions. *Allergy* 1997;52(11):1102-5.
18. Schwartz LB, Metcalfe DD, Miller JS, Earl H, Sullivan T. Tryptase levels as an indicator of mast-cell activation in systemic anaphylaxis and mastocytosis. *N Engl J Med* 1987;316(26):1622-6.
19. Schwartz LB, Yunginger JW, Miller J, Bokhari R, Dull D. Time course of appearance and disappearance of human mast cell tryptase in the circulation after anaphylaxis. *J Clin Invest* 1989;83(5):1551-5.
20. Stone SF, Cotterell C, Isbister GK, Holdgate A, Brown SG. Elevated serum cytokines during human anaphylaxis: Identification of potential mediators of acute allergic reactions. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124(4):786-92.
21. Schwartz LB, Bradford TR, Rouse C, Irani AM, Rasp G, Van der Zwan JK, *et al.* Development of a new, more sensitive immunoassay for human tryptase: use in systemic anaphylaxis. *J Clin Immunol* 1994;14(3):190-204.
22. Mertes PM, Malinovsky JM, Jouffroy L, Aberer W, Treehorst I, Brockow K, *et al.* Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia: 2011 updated guidelines for clinical practice. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011;21(6):442-53.
23. World Allergy Organization, Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, *et al.* Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *WAO Journal* 2011;4:13-37.
24. Royal College of Paediatrics and Child Health. Allergy care pathways for children anaphylaxis 2011. <<http://www.rcpch.ac.uk/>> [consulté en 12/12 A.D.].
25. Cianferoni A, Novembre E, Pucci N, Lombardi E, Bernardini R, Vierucci A. Anaphylaxis: a 7-year follow-up survey of 46 children. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004;92(4):464-8.
26. Decker WW, Bellolio MF, Campell RL, Luke A. Recurrent anaphylaxis events in patients presenting to the emergency department over a 10-year period. *Ann Emerg Med* 2008;51(4):536.
27. Mehl A, Wahn U, Niggemann B. Anaphylactic reactions in children a questionnaire-based survey in Germany. *Allergy* 2005;60(11):1440-5.
28. Múgica Garcia, M, Tejedor Alonso, M. A study of the recurrence of anaphylaxis. *Allergy: Conference: 29th Congress of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology.* London: EAACI; 2010.
29. Mullins RJ. Anaphylaxis: risk factors for recurrence. *Clin Exp Allergy* 2003;33(8):1033-40.
30. Société canadienne de pédiatrie. Le traitement d'urgence de l'anaphylaxie chez les nourrissons et les enfants. *Paediatr Child Health* 2011;16(1):41-6.
31. World Allergy Organization, Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, Dimov V, Ebisawa M, *et al.* Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. Update 2012. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012;12:389-99.
32. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, *et al.* World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127(3):587-93.
33. Kastner M, Harada L, Wasserman S. Gaps in anaphylaxis management at the level of physicians, patients, and the community: a systematic review of the literature. *Allergy* 2010;65(4):435-44.
34. Lieberman P, Decker W, Camargo CA, Oconnor R, Oppenheimer J, Simons FE. SAFE: a multidisciplinary approach to ana-

phylaxis education in the emergency department. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007;98(6):519-23.

35. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. JEXT 300 microgrammes, solution injectable en stylo prérempli. Saint-Denis: ANSM; 2011.

36. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. ANAPEN

0,30 mg/0,3 ml, solution injectable en seringue préremplie. Saint-Denis: ANSM; 2012.

37. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. EPIPEN 0,30 mg/0,3 ml, solution injectable en seringue pré-remplie. Saint-Denis: ANSM; 2011.

Fiche descriptive

Titre	
Méthode de travail	Fiche mémo. Messages clés à partir d'une recommandation de bonne pratique élaborée par un organisme public
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Alerter tous les professionnels de santé, les patients et leur entourage, à la survenue de réactions d'anaphylaxie (contexte, symptômes et conduite à tenir) • Constituer dès le premier épisode d'anaphylaxie suspectée un document indispensable ultérieurement pour établir le diagnostic étiologique <p>Ces messages clés ne traitent pas de la prise en charge allergologique diagnostique et thérapeutique d'une réaction anaphylactique.</p>
Patients ou usagers concernés	Les patients (adulte, adolescent, enfant) ayant reçu un traitement en urgence réalisé dans un établissement de santé ou en ambulatoire pour une suspicion de réaction anaphylactique
Professionnels concernés	Ces messages clés concernent tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des réactions d'anaphylaxie.
Demandeur	Autosaisine HAS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	<p>Coordination : Dr Joëlle Favre-Bonté chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence)</p> <p>Secrétariat : Mme Sladana Praizovic</p>
Recherche documentaire	<p>De janvier 2008 à mai 2013 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 4 du document de travail)</p> <p>Réalisée par M. Aurélien Dancoisne, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès)</p>
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail), et autres personnes consultées : cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en octobre 2013
Actualisation	<p>L'actualisation de la fiche messages clés sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.</p> <p>Personnalisation éventuelle</p>
Autres formats	Fiche et check-list téléchargeables sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr