

Recommandations avant la vaccination anti-COVID en cas d'antécédents d'allergie.

Selon le communiqué de la Fédération Française d'Allergologie (04/02/21), les données de la British Society of Allergology and Clinical Immunology (12/02/21), le Centers for Disease Control and Prevention (29/01/21), les avis d'experts européens (16/01/21, actualisation soumise à publication), **la recommandation est de contre-indiquer le vaccin uniquement aux sujets ayant eu une réaction anaphylactique lors de la première injection d'un vaccin anti COVID ou ayant une allergie connue à un des composants du vaccin.**

Ci-dessous, vous trouverez la conduite à tenir pour la vaccination anti-COVID chez un patient aux antécédents d'allergies (document fourni par le Pr A. Barbaud des hôpitaux de Paris).

Ne pas vacciner et avis allergologique AVANT vaccination si :

- Antécédent d'anaphylaxie à un vaccin anti-COVID 19
- Antécédent d'allergie immédiate à un médicament injectable contenant du PEG (macrogol), du polysorbate 80, de l'huile de ricin polyoxyéthyléné (certains : corticoïdes retards, chimiothérapies, biothérapies, produits pégylés, vaccins anti-hépatite A et HPV ...)
- Antécédent de réaction anaphylactique à un médicament oral contenant du PEG (préparations coliques, certains laxatifs)
- Antécédent d'allergie prouvée au PEG (macrogol), polysorbate 80 ou huile de ricin PEG
- Anaphylaxies répétées de Grade II ou plus non expliquées donc sans cause déterminée chez un patient ayant déjà eu un bilan allergologique.

Vaccination avec surveillance prolongée : risque modéré ; patients pouvant être vaccinés dans tout centre de vaccination :

Surveillance 30 minutes

- Antécédent d'anaphylaxie de grade II ou III quelle que soit sa cause autre que celles sus-citées
- Réaction retardée généralisée à un vaccin anti-COVID 19 (éruption cutanée ou dyspnée apparaissant plus de 2 heures après l'injection) *

Surveillance 60 minutes

- Mastocytose avec antécédent d'anaphylaxie
- Mastocytose mal équilibrée

Vaccination normale (surveillance 15 minutes)

Tous les autres antécédents allergiques :

Allergie à un médicament oral

- Urticaire, angioedème
- Anaphylaxie
- Réactions retardées, toxidermies même graves (DRESS, syndrome de Lyell ou de Stevens Johnson)

Antécédents familiaux allergiques, y compris d'anaphylaxie

Rhinite, conjonctivite, asthme allergique aux pneumallergènes

Eczéma de contact, urticaire ou angioedème chronique, angioedème bradykinique

Mastocytoses n'ayant jamais eu de réaction allergique

Allergie au latex

- Urticaire, angioedème, eczéma
- Anaphylaxie

Allergie aux venins d'hyménoptères

- Urticaire, réaction au site d'injection
- Anaphylaxie

Allergie alimentaire

- Non grave, syndrome oral, urticaire, eczéma
- Anaphylaxie

* Hors réaction locale qui autorise la vaccination normale avec 15 min de surveillance

Pr Annick Barbaud et Pr Angèle Soria. Service de Dermatologie et Allergologie - Hôpital Tenon – AP-HP, Sorbonne Université. Paris - 28/06/2021 En accord avec les recommandations Françaises (SFA/FFAL/CNP allergologie) et avis d'experts européens.

Une **anaphylaxie médicamenteuse** est une réaction **survenant brutalement**, moins de 3h après l'administration du médicament et le plus souvent dans l'heure.

Elle associe **dans le même temps**, une atteinte cutanée-muqueuse **et** respiratoire **et/ou** une hypotension artérielle **et/ou** signe de mauvaise perfusion d'organe (syncope, collapsus, hypotonie, incontinence) **ou/et** des signes digestifs (douleurs, vomissements, diarrhée)

Si vous deviez faire partie **des patients motivant un avis allergologique (uniquement la rubrique rouge)**, nous vous proposons de demander à votre médecin de remplir le document ci-après. **Seules les demandes dûment justifiées seront traitées.**

**Pneumologie, Allergologie,
Pathologie respiratoire de
l'environnement - 1403**
Responsable : Pr. F. de BLAY
Secrétariat ☎ 03 69 55 06 39

Dr N. KHAYATH (PC)
Dr C. MARCOT (AS)
Dr L. KASSEGNE (CCA)
Dr C. EDERLE (AS)

Secrétariat de l'Unité 3
☎ 03 69 55 06 47

Cadre de Santé:
Mme S. HERMANN
☎ 03 69 55 09 35

Hospitalisation Pneumologie
Infirmières
☎ 03 69 55 06 40
Bureau des médecins:
☎ 03 69 55 06 42

**Hôpital de Jour – Allergologie et
explorations allergologiques**
Responsable : Pr. F. de BLAY
Dr. C. METZ-FAVRE (PH temps partagé)
Dr. C. DECK-RADU (assistant partagé)
Secrétariat : 03 69 55 06 84
Infirmières: 03 69 55 12 98

Recherche clinique
Dr. D. OCHOA GUTIERREZ
☎ 03 69 55 14.73

**Consultations externes et explorations
allergologiques**
Secrétariat : 03 69 55 06 84 / 83
Infirmières: 03 69 55 06 89

Médecins attachés:
Dr K. EL CHEHADEH
Dr S. GENY
Dr L. GUENARD
Dr L. HURDUBAEA
Dr N. HUTT
Dr P. KRIEGER
Dr C. LUTZ
Dr A. PUROHIT
Dr E. PERI
Dr M. RENAUD
Dr R. STENGER

**Conseillères médicales en
environnement intérieur**
Mme M. OTT
Mme A. DAZY
☎ 03 69 55 06 90

Laboratoire d'Allergologie
Mme A. POIROT
☎ 03 69 55 06 90

**1401-1402 : Pneumologie,
Transplantation pulmonaire,
Surveillance continue**
Responsable : Pr. R. KESSLER

**1404 : Pneumologie, Cancérologie
thoracique**
Responsable : Dr. B. MENNECIER
Hôpital de jour oncologie thoracique :
Responsable : Pr C. MASCAUX

Avis allergologique : vaccination COVID-19
Seules les demandes complètes et justifiées seront traitées
Envoyez par mail : avisallergoCOVID19@chru-strasbourg.fr

Nom du médecin demandeur : _____ **tampon**

Numéro de téléphone du médecin demandeur

Nom Prénom du patient _____ **Date de naissance :** _____

Tel : _____ **Mail :** _____

Les traitement pris au quotidien par votre patient contiennent-ils du **PEG** ou **macrogol** ou du **polysorbate** (à vérifier dans le VIDAL) oui non

Les Traitements pris occasionnellement par votre patient dont laxatif contiennent-ils du **PEG** ou **macrogol** ou du **polysorbate** (à vérifier dans le VIDAL) oui non

Votre patient at-il déjà une préparation colique contenant du PEG 4000 ou 3350 ou macrogol ? oui non

Combien de réactions supposées allergiques à un médicament, le patient a –t-il développé ? :

Nom du médicament (s) supposé(s) être à l'origine de la réaction allergique et **date ou année de survenue**. Si plusieurs, préciser pour tous.

Mode d'administration par voie orale par voie injectable autres, à préciser

Si des **photos** merci de nous les envoyer

Type de réaction que vous avez présenté :

Type de réaction présentée :

éruptions cutanées démangeaisons démangeaisons sans éruption
 Localisée (à préciser) : _____ Généralisée

atteinte des muqueuses : oculaires nasales buccales pharyngolaryngée

nausées, vomissements, diarrhées douleurs abdominales

toux, gêne respiratoire thoracique, sifflements dans la poitrine

sensation de malaise chute de TA objectivée perte de connaissance

frissons importants autres réactions à préciser :

Délai de survenue :

Combien de temps après le début du traitement les symptômes sont-ils apparus ? :

dès le 1^{er} jour dès la 1^{ère} dose ne sait pas

si autre, à préciser

Temps écoulé entre la prise du médicament incriminé et le début de vos symptômes ?

< 1 heure entre 1 et 6 heures > 6 heures

autre, précisez :

ne sait pas

Durée des manifestations cliniques :

< 6h autre, précisez :

ne sait pas

Prise en charge de cette réaction supposée s allergéniques :

évolution favorable sans aucun traitement

évolution favorable avec traitement à préciser :

prise en charge hospitalière, si oui, envoyer le compte rendu avec la présente demande