



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



15^e Congrès francophone d'allergologie – CFA 2020

Hypersensibilité médicamenteuse chez l'enfant

Drug hypersensitivity in children

J.-C. Caubet

Pediatric allergy unit, university hospitals of Geneva, university of Geneva, 6, rue Willy-Donze, 1211 Geneva 14, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Hypersensibilité
Médicament
Enfant

Keywords:
Hypersensitivity
Child
Medication

Les allergies médicamenteuses chez l'enfant représentent un problème majeur dans la pratique clinique quotidienne, en particulier en raison des difficultés diagnostiques conduisant souvent à un surdiagnostic. Les médicaments les plus fréquemment incriminés sont les antibiotiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (NSAID), probablement en raison d'une fréquence de prescription élevée [1]. Certains aspects pédiatriques des allergies médicamenteuses ont été récemment mis en évidence dans de larges études [1].

Les infections virales ou bactériennes pouvant être responsables d'éruptions cutanées mimant les manifestations cliniques d'une allergie médicamenteuse, sont plus fréquentes chez l'enfant. En particulier, les entérovirus et les virus de la famille des herpès ont été incriminés. Ainsi, il a été montré que chez les enfants développant une éruption cutanée alors qu'ils sont traités par antibiotiques ou AINS, le bilan allergologique à distance sera négatif dans la grande majorité des cas (80–95 %) [2,3]. Toutefois, chez ces patients, le diagnostic d'allergie médicamenteuse est souvent retenu par excès, principalement par crainte d'une réaction sévère lors du bilan allergologique. En outre, les parents/patients posent souvent eux même ce diagnostic d'allergie médicamenteuse sans

bilan allergologique pour confirmer ou infirmer l'allergie. Ceci peut avoir des conséquences importantes sur la santé du patient. En effet, ce diagnostic est souvent posé durant l'enfance et persiste la plupart du temps jusqu'à l'âge adulte. Des études récentes ont démontré qu'un diagnostic d'allergie aux antibiotiques est associé à une durée d'hospitalisation plus longue, mais également à une morbidité et une mortalité plus élevées [4].

Le bilan allergologique inclut typiquement une histoire clinique détaillée, des tests cutanés (prick-tests et/ou tests intradermiques) et/ou un test de provocation [5]. Les tests in vitro (IgE spécifiques et/ou test d'activation des basophiles) ne sont effectués que dans des cas particuliers. Certains aspects spécifiques pédiatriques ont été discutés récemment [1]. En particulier, dans les suspicions de réactions non immédiates aux bêta-lactamines, il a été démontré que les tests cutanés ne sont pas utiles et que le test de provocation peut être réalisé directement [1,2]. Certaines questions restent toutefois ouvertes, en particulier le protocole optimal du test de provocation et le lieu de sa réalisation (salle d'attente versus milieu hospitalier). Certains auteurs ont proposé récemment de réaliser un test de provocation sans test cutané préalable également chez les patients présentant une éruption cutanée urticarienne immédiate isolée lors d'un traitement par bêta-lactamines [6]. Toutefois, l'évidence sur la sécurité d'une telle pratique reste limitée pour le moment et cette attitude ne peut être recommandée. S'agissant des AINS, plusieurs études pédiatriques basées sur de larges

Adresse e-mail : Jean-Christoph.Caubet@hcuge.ch

<https://doi.org/10.1016/j.reval.2020.02.234>

1877-0320/© 2020 Publié par Elsevier Masson SAS.

populations de patients ont été publiées récemment apportant des informations importantes sur la prise en charge spécifique de ces patients [7]. Ainsi, il apparaît qu'un test de provocation avec l'agent causal est indispensable comme première étape chez les patients avec une éruption cutanée sans signe de gravité survenue lors d'un traitement par AINS. En effet, une allergie ne sera confirmée que dans environ 20 % des cas [3]. Par la suite, plusieurs attitudes sont discutées pour affiner le diagnostic et en particulier catégoriser le type d'hypersensibilité aux AINS. On proposera en particulier un test de provocation à l'aspirine pour confirmer ou infirmer une cross-intolérance. Un test de provocation à la recherche d'une alternative sûre, avec le paracétamol ou l'acide méfénamique peut être également être envisagé.

L'évolution naturelle des allergies médicamenteuses n'a été que peu investiguée jusqu'à présent. Toutefois, certaines études récentes ont suggéré une évolution favorable chez la majorité des patients avec une allergie bénigne aux bêta-lactamines confirmée par un test de provocation [8]. Des données similaires ont été publiées également pour les AINS [9]. Des études multicentriques incluant un grand nombre de patients sont à présent nécessaires pour confirmer ces résultats.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Gomes ER, Brockow K, Kuyucu S, Saretta F, Mori F, Blanca-Lopez N, et al. Drug hypersensitivity in children: report from the pediatric task force of the EAACI Drug Allergy Interest Group. *Allergy* 2016;71(2):149–61.
- [2] Caubet JC, Kaiser L, Lemaitre B, Fellay B, Gervaix A, Eigenmann PA. The role of penicillin in benign skin rashes in childhood: a prospective study based on drug rechallenge. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127(1):218–22.
- [3] Mori F, Atanaskovic-Markovic M, Blanca-Lopez N, Gomes E, Gaeta F, Sarti L, et al. A multicenter retrospective study on hypersensitivity reactions to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in children: a report from the European Network on Drug Allergy (ENDA) Group. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020;8(3):1022–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2019.10.049> [Epub 2019 Nov 27].
- [4] Macy E, Contreras R. Health care use and serious infection prevalence associated with penicillin “allergy” in hospitalized patients: a cohort study. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133(3):790–6.
- [5] Demoly P, Adkinson NF, Brockow K, Castells M, Chiriac AM, Greenberger PA, et al. International consensus on drug allergy. *Allergy* 2014;69(4):420–37.
- [6] Mill C, Primeau MN, Medoff E, Lejtenyi C, O'Keefe A, Netchiporouk E, et al. Assessing the diagnostic properties of a graded oral provocation challenge for the diagnosis of immediate and nonimmediate reactions to amoxicillin in children. *JAMA Pediatr* 2016;170(6):e160033.
- [7] Kidon M, Blanca-Lopez N, Gomes E, Terreehorst I, Tanno L, Ponvert C, et al. EAACI/ENDA position paper: diagnosis and management of hypersensitivity reactions to non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol* 2018;29(5):469–80.
- [8] Tonson la Tour A, Michelet M, Eigenmann PA, Caubet JC. Natural history of benign nonimmediate allergy to beta-lactams in children: a prospective study in retreated patients after a positive and a negative provocation test. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6(4):1321–6.
- [9] Dona I, Barrionuevo E, Salas M, Cornejo-Garcia JA, Perkins JR, Bogas G, et al. Natural evolution in patients with nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced urticaria/angioedema. *Allergy* 2017;72(9):1346–55.