

Choc anaphylactique à la banane

J. SAYAG, R. SIGNORET, P. VEILLEUX *

La rareté du choc anaphylactique provoqué par l'ingestion de banane nous incite à rapporter l'observation d'un homme de 47 ans admis d'urgence à l'Hôpital Michel Levy en décembre 1982 en état de choc anaphylactique avec œdème de Quincke.

OBSERVATION

Histoire de la maladie

Au cours de l'été 1981, le sujet mange une banane fraîche. Une demi-heure après, apparaissent successivement, prurit, œdème du visage et du décolleté puis larmolement, aphonie et dyspnée. Ces signes disparaissent en une heure après injection intramusculaire de corticoïdes.

Ce malade avait jusqu'alors l'habitude de consommer ce fruit une ou plusieurs fois par semaine sans aucun trouble.

Six mois après, dans le quart d'heure qui suit l'ingestion d'une banane fraîche, apparaissent prurit du visage et larmolement. Puis le prurit se généralise. La poussée avorte après prise de corticoïdes per os.

Le 29 novembre 1982, quinze mois après le premier accident, le patient mange deux bananes séchées à 16 heures. En quinze minutes, apparaissent les signes précédemment décrits avec dyspnée très intense.

Malgré deux injections intraveineuses de corticoïdes, le tableau s'aggrave : hypotension (maximale inférieure à 7), perte de conscience, cyanose des extrémités, œdème du visage et du thorax, dyspnée laryngée.

Commencée au domicile du malade, la réanimation est poursuivie dans le Service de Réanimation de l'Hôpital Michel Levy où le malade reprend connaissance 7 heures après, ayant reçu par voie jugulaire interne du plasma et des corticoïdes (60 mg de Soludécadron en 24 h). Fait important à noter : inquiet à juste titre, le malade n'avait plus consommé de banane entre les deux derniers épisodes.

Antécédents

Dans les antécédents personnels, on ne retrouve pas d'allergie mais : une hypertension artérielle traitée par bêta-bloquants (Moducuren) entrepris un mois avant le dernier accident, une polynevrite éthylique avec mal perforant plantaire, ayant nécessité une sympathectomie bilatérale et l'amputation des orteils, enfin amibiase et paludisme en 1956.

Par contre, le père du malade présente de l'asthme depuis l'âge de 25 ans, étiqueté post-bronchitique.

Outre le Moducuren et du fait de sa polynevrite, notre malade absorbait quotidiennement des antalgiques divers, aspirine, Baralgine, Profonan, Di-Antalvic, mais ils n'avaient pas été les mêmes lors des trois accidents précédents.

Examens paracliniques

Pour mettre en évidence la responsabilité de la banane, nous avons pratiqué plusieurs mois après le dernier accident les examens suivants :

— *In vitro*, le dosage des IgE totales montrant 820 unités/ml et un TDBH objectivant 70 p. cent de dégranulation spécifique à la dilution de 1/1 000.

— *Chez le malade* : un Prick-test à l'extrait de banane du laboratoire des Stallergènes provoquant une réaction fortement positive en 20 minutes avec érythème, œdème et prurit intense, pour les extraits au 1/100 et au 1/1 000. Le Prick-test témoin avec le solvant est négatif. Le test de contact à la banane fraîche est négatif en test occlus ; Patch-test lu à la 48^e heure. Le Prick-test au solvant a également été négatif.

— *Chez le témoin*, nous avons pratiqué une épreuve de transfert passif qui a donné les résultats suivants : le Prick-test à l'extrait de banane sur les sites d'injection du sérum est négatif à la 2^e et 3^e heure, il est positif à la 48^e heure avec l'extrait au 1/1000 (érythème, œdème, prurit intense apparaissant en 20 minutes et persistant 3 heures et demie). Il est négatif sur les sites injectés avec du sérum chauffé pendant 2 heures et demie à 56° ; il est négatif en dehors des sites injectés.

Enfin le test d'ingestion de banane fraîche est négatif à la 24^e et à la 48^e heure, mais la quantité ingérée était peut-être insuffisante et le risque d'une quantité supérieure trop grand à nos yeux.

Nous n'avons pas pratiqué de test à la banane cuite qui, classiquement, perd alors son antigénicité.

COMMENTAIRES

Nous sommes donc en présence d'une allergie de type réaginique avec choc anaphylactique, accident exceptionnel avec la banane qui est connue pour provoquer différents troubles moins

* Service de Dermatologie (Pr J. Sayag), Hôpital de la Timone, Marseille.

Tirés à part : Pr J. Sayag, Hôpital de la Timone, bd Jean-Moulin, 13005 MARSEILLE.

graves, comme de l'œdème labial, de la diarrhée, de l'asthme, de l'urticaire, de l'angio-œdème, comme l'ont rapporté en 1970 Anderson et coll., à propos de 36 cas [1].

Notons que ce n'est vraisemblablement pas la richesse de cet aliment en sérotonine qui est responsable des accidents observés, non plus que sa richesse en amines vasopressives présentes surtout dans la peau de la banane, pas plus que la présence de thiobendazol, seul fongicide retrouvé dans le fruit lui-même lors de nombreuses analyses [4].

Nous n'avons retrouvé dans la littérature qu'une observation publiée et documentée en 1976 par Linaweaver et coll. [6] qui publiait un cas superposable au nôtre, mais apparu chez une adolescente de 15 ans et demi avec terrain atopique personnel, héréditaire et familial (asthme, rhinite, conjonctivite, allergie à la pénicilline).

Chez cette jeune fille, les différents tests pratiqués, Scratch, IDR, RAST et transfert passif étaient positifs avec le fruit frais et négatifs avec

le fruit séché. Par ailleurs, nous avons connaissance d'un cas observé par Mme Moneret-Vautrin et non publié, ainsi que d'une relation très succincte d'un cas par Hannaway et Hopper [3].

Quels facteurs peuvent favoriser ce type de manifestation ?

Dans deux cas, on peut retenir *le rôle de l'atopie*, mais on doit aussi soulever, chez notre malade, *le rôle favorisant des bêtabloquants*, rôle maintenant bien documenté pour les venins, les médicaments, les aliments et même pour la banane dans un cas rapportés par Hannaway et Hopper [3]. On sait que le bêtablocage en cas de choc anaphylactique agit sur les mastocytes pour augmenter la libération des médiateurs chimiques de l'anaphylaxie et rendre le choc réfractaire à la thérapeutique [2].

C'est ainsi qu'au niveau des bronches, le bronchospasme devient réfractaire à toute thérapeutique et que le collapsus est difficile à contrôler par les moyens classiques.

REFERENCES

1. Anderson L.B., Dreyfus E.M., Logan J. al. — Melon and banana sensitivity coincident with ragweed pollinosis. *J. Allergy clin. Immunol.*, 1970, 45, 310-319.
2. Beckmann C.H., Chilton R.J., Culver W.G., Fournier D.C., Jacobs R.L., Rake J.W. — Potentiated anaphylaxis in patient with drug induced beta-adrenergic blockade. *J. Allergy clin. Immunol.*, 1981, 68, 125-127.
3. Hannaway P.J., Hopper G.D.K. — Severe anaphylaxis and drug induced betablocage. *N. Engl. J. Med.*, 1983, 313, 1536.
4. Hannuksela A., Lahti N. — Immediate reaction to fruits and vegetables. *Contact Dermatitis*, 1977, 3, 79-84.
5. Laxenaire M.C., Torrens J., Moneret-Vautrin D.A. — Choc anaphylactique mortel chez un malade traité par bêtabloquants. *Ann. fr. Anesth. Réanim.*, 1984, 3, 453-455.
6. Linaweaver W.E., Saks G.L., Heiner D.C. — Anaphylactic shock following banana ingestion. *Am. J. Dis. Child.*, 1976, 130, 207-209.

