

Allergie aux sclérosants des varices

A. PRADALIER¹, D. VINCENT¹, V. HENTSCHEL¹, A.M. COHEN-JONATHAN¹, E. DANIEL²

RÉSUMÉ

Les sclérosants de varice sont très largement utilisés en pratique : polidocanol, tétradécylsulfate de sodium avant tout. Ils peuvent être responsables d'accidents locaux ou généraux, parmi ces derniers les accidents immuno-allergiques paraissent très rares. Les auteurs en rapportent quatre cas, deux avec le polidocanol, deux avec le tétradécylsulfate. L'investigation allergologique en est difficile vu le risque de nécrose cutanée lors des tests cutanés.

SUMMARY

Allergy to varicose vein sclerosing agents. – Varicose vein sclerosing agents are very widely used in clinical practice: essentially polidocanol, sodium tetradecylsulfate. They can be responsible for local or systemic complications, among which immuno-allergic reactions appear to be very rare. The authors report four cases of allergic reactions, two with polidocanol and two with tetradecylsulfate. Allergological investigation is difficult in view of the risk of cutaneous necrosis during skin tests.

INTRODUCTION

Les varices sont actuellement une des pathologies vasculaires les plus fréquentes. Cette fréquence est estimée, en France, entre 30 et 40 ans, de l'ordre de 22 % chez l'homme, 28 % chez la femme [8]. De nombreux facteurs semblent entrer en cause dans cette prévalence (sexe, âge, poids, positions...) expliquant des différences importantes selon les pays (par exemple pour la population féminine 38 % en Nouvelle-Zélande, 6 % en Égypte) [2].

La sclérose en est un des traitements les plus classiques. Habituellement celle-ci est réalisée par quelques séances par an (3 ou 4) à 8 – 15 jours d'intervalle ; chaque séance comportant l'injection de 0,5 à 2 ml du sclérosant en 3 à 6 points de la

veine sans dépasser 10 ml par séance. Au fil des séances la concentration du sclérosant injecté est accrue jusqu'à obtention du résultat désiré ; ainsi par exemple avec le tétradécylsulfate de sodium (TDSS) 1 % dilué au 1/5^e au début puis au 1/4^e ou au 1/3^e. Le TDSS 3 % est rarement utilisé.

Le nombre exact de scléroses réalisées chaque année en France est imprécis, cependant nombre de phlébologues font chacun aux environs de 3 000 injections sclérosantes par an voire plus ce qui, compte tenu du nombre de phlébologues, fait au minimum 1,5 à 2 millions de scléroses par an.

Les sclérosants de varices actuellement disponibles sur le marché sont : le polidocanol, le tétradécylsulfate de sodium TDSS, la quinine-urée Q-U, l'alun de chrome-glycerol. Leurs structures sont différentes et il n'y a pas de réaction croisée entre ces produits.

1. Centre d'Allergie de l'Ouest Parisien.

2. Consultation de Phlébologie, Hôpital Louis Mourier, 178, rue des Renouillers, 92701 COLOMBES Cedex.

Tirés à part : Pr A. Pradalier, adresse ci-dessus.

Reçu le 20 avril 1995. Accepté le 25 avril 1995.

INCIDENTS, ACCIDENTS DES PRODUITS SCLÉROSANTS

On peut schématiquement les décrire en locaux et généraux [7, 13].

Les incidents et accidents locaux

Ils sont liés à une erreur de dosage ou à une injection du liquide sclérosant en dehors de la veine dans le tissu conjonctif environnant voire dans l'artère.

Sont ainsi possibles des veinites et des periveinrites, des ecchymoses, un œdème local, une pigmentation résiduelle, des varicosités secondaires, et, lors des injections extravasées, des escarres ou des abcès.

Les accidents généraux

Ils sont rares mais il peut s'agir d'accidents mineurs, malaise vagal lié à la douleur ou à l'appréhension, ou plus intenses : manifestations d'intolérance immédiate lors de l'injection avec malaise, nausées, voire vomissements, petit état fébrile, troubles oculaires à type d'éblouissement ou gêne visuelle, bourdonnement d'oreilles, hypoaousie, vertiges, notamment avec la quinine-urée peu utilisée, exceptionnellement hématurie microscopique avec l'alun de chrome-glycérol.

Citons enfin la très exceptionnelle embolie pulmonaire et les accidents immuno-allergiques.

Ces derniers sont cependant très rares puisque Wallois [16, 17], rapportant une étude sur 6 300 patients, ne signale que 49 observations de manifestations allergiques.

– Reprenant nos dossiers, nous avons retrouvé 4 observations qui nous paraissent être des réactions de type immuno-allergique à ces produits.

Observation n° 1

Patient de 57 ans, ayant des antécédents de pollinose aux graminées, subissant en 1982 un stripping bilatéral des varices des jambes, complété par une sclérothérapie au polidocanol sans incident. En 1983, nouvelle cure. A la 5^e injection du polidocanol, apparition quelques minutes après d'un œdème de Quincke avec urticaire généralisée nécessitant une hospitalisation. Aucune autre étiologie n'est retrouvée. Il n'est pratiqué ni prick-test ni IDR au produit. Seul un patch-test avec le sclérosant est réalisé, il est négatif.

Observation n° 2

Patient de 61 ans, ayant des antécédents de pollinose aux graminées, d'allergie aux poils de chat et aux venins d'hymé-

noptères ayant entraîné une désensibilisation. Par ailleurs, eczéma de contact à la colle des scotch et à certains produits de maquillage. En janvier 1988, à la suite de la 3^{ème} injection d'une nouvelle série de TDSS, apparition 20-30 minutes après d'une réaction urticarienne généralisée. Aucune autre étiologie possible. Elle avait déjà été traitée dans les deux années précédentes par deux séries du même produit.

Prick-test positifs aux pollens de graminées et aux poils de chat, patch-test positif au nickel mais négatif aux colles, caoutchouc et cosmétiques utilisés par la patiente. IgE totales à 70 KU/l. Il n'a pas été pratiqué de prick-test au TDSS.

Observation n° 3

Patient de 62 ans, présentant un asthme perannuel et une rhinite saisonnière aux graminées. Depuis une vingtaine d'années, elle fait 1 à 3 séances par an de sclérose par TDSS. Survenue à la 3^{ème} injection de la vingtième séance, 20 minutes après la fin de l'injection d'un prurit de la face et des extrémités, d'une toux spasmodique puis d'une crise d'asthme nécessitant corticothérapie et beta-2-sympathomimétiques. Tout rentre dans l'ordre dans les 2 heures 1/2 qui suivent.

Bien qu'il soit déconseillé de faire des tests cutanés avec ce produit pouvant occasionner des nécroses, des prick-tests et des IDR sont pratiqués en diluant la présentation du commerce au 100 000^e, au 10 000^e, au 1 000^e, au 100^e. Le mari de la patiente sert de témoin.

Négativité des prick-tests, positivité de l'intra-dermo au 1 000^e mais de manière comparative chez le témoin.

Une nouvelle série de scléroses a été depuis pratiquée sans problème avec le polidocanol.

Un prick-test réalisé avant était négatif avec ce produit pur.

Observation n° 4

Patient de 65 ans, ayant eu plusieurs années de suite sans problème des injections de polidocanol et présentant en 1985, 2 à 3 heures après l'injection de polidocanol, un choc avec gêne respiratoire, nausées et vomissements. En 1987, 2 heures à nouveau après l'injection, nouvel état de choc avec : prurit, malaise, vertiges, pâleur, nausées et vomissements ; cependant, nouvelle injection 15 jours après ce deuxième épisode, sans incident. Des prick-tests et des IDR au polidocanol dilués au 100^e puis au 10^e sont négatifs chez le patient et un témoin.

DISCUSSION

Nous rapportons donc 4 cas retrouvés parmi nos dossiers de réaction de type allergie immédiate à un sclérosant de varices : 2 avec le TDSS, 2 avec le polidocanol.

Il s'agissait de manifestations générales allergiques : urticaire et œdème de Quincke, prurit, toux, bronchospasme, choc anaphylactique.

Dans tous ces cas, on retrouvait aisément la sensibilisation initiale par des traitements sclérosants antérieurs.

Cependant, le mécanisme immuno-allergique est difficile à affirmer totalement dans ces observations. En effet :

- D'une part, il est contre-indiqué dans le dictionnaire Vidal de réaliser des tests cutanés du fait

de la possible survenue de nécroses cutanées comme cela a déjà été rapporté dans la littérature.

• D'autre part, aucune recherche d'IgE spécifiques par la méthode du RAST n'est disponible.

Pourtant le diagnostic repose sur des arguments positifs : la description clinique de type allergique, le délai chronologique 20 minutes à 3 heures selon les observations après l'injection, et des arguments négatifs : absence d'injection extra-veineuse, absence d'autre étiologie possible, non réaction avec les autres sclérosants, parfois aussi utilisés, témoignant donc d'une réaction spécifique aux sclérosants incriminés. Pour le quatrième cas, le mécanisme est plus incertain dans la mesure où une troisième injection ne s'est accompagnée d'aucune réaction particulière.

Bien qu'ils soient contre-indiqués, nous avons cependant réalisé dans deux cas des prick-tests et des intra-dermo-réactions (1 avec le polidocanol, 1 avec le TDSS) mais à dilution plus faible que la dilution utilisée en clinique pour éviter la survenue de nécrose cutanée. Ces deux cas n'ont pas montré de différence d'avec le sujet témoin. Quant au patch-test réalisé dans une observation, il était, comme prévu, négatif, le mécanisme de la réaction allergique observée n'étant pas de type IV.

Nous n'avons pas retrouvé dans nos dossiers de cas relatif à l'utilisation de sclérosants en cas de varices œsophagiennes. Dans cette indication particulière, ont été proposés le polidocanol, le TDSS, l'alcool absolu, l'oléate d'éthanolamine, le morrhuate de sodium. Dans une revue récente à ce sujet, Lons et Trinchet [12] revoyant la littérature jusqu'à 1992, ne trouvent qu'un cas décrit comme complication immuno-allergique : choc anaphylactique avec l'oléate d'éthanolamine [5]. Par contre, au cours de la sclérose de varices des membres inférieurs, plusieurs observations ont été rapportées dans la littérature. La plupart des auteurs estiment qu'elles sont rarement rapportées et que la fréquence des effets indésirables immuno-allergiques est largement sous-estimée [14].

Wallois [16, 17], nous l'avons vu, signale sur 6 300 patients, 49 observations de réactions vraisemblablement immuno-allergiques dont une fréquence de 0,75 % avec le TDSS. Benhamou et Natali [3] rapportent 90 cas d'accidents du traite-

ment sclérosant dont 7 accidents généraux sévères immédiats mais le mécanisme en cause n'a en fait pas été investigué ; ces accidents sont qualifiés deux fois de mort subite, une fois de choc anaphylactique, quatre fois de perte de connaissance.

Boesflug [4] rapporte un cas de choc anaphylactique avec urticaire généralisée et œdème de Quincke, survenus 15 minutes après l'injection de TDSS chez une femme de 33 ans à la septième séance d'un traitement réalisé à la fréquence d'une séance par semaine et de 1 à 4 injections par séance.

Avram et Desmazes [1] rapportent le cas d'une patiente de 39 ans qui a présenté à la suite de sa 3^e injection de TDSS 1 %, 8 jours après la seconde séance, un choc anaphylactique nécessitant corticoïdes et adrénaline ; Fronek [6] en signale aussi 3 cas.

Jagtman, Klein-Rouweler [9, 10], signalent 2 chocs avec le polidocanol, Stricker et coll. [15] décrivent 3 chocs anaphylactiques 15 minutes après l'injection de ce même produit. L'incidence des réactions allergiques avec le polidocanol lui paraît de l'ordre de 1 pour 10 000. On est cependant étonné dans cette publication que le problème de la sensibilité antérieure ne soit pas envisagé puisque chez 2 des 3 patients, il s'agissait, dit l'auteur, de la première injection de polidocanol. Krause [11] rapporte quelques cas au cours de la sclérose d'hémorroïdes.

S'il est classique de citer comme facteurs favorisants des réactions de type immuno-allergique aux sclérosants, les antécédents allergiques personnels et familiaux [13], en fait, bien que 3 de nos 4 patients soient allergiques, aucune étude, à notre avis, ne permet de l'affirmer puisque les observations sont peu nombreuses ou imprécises sur ce point.

En conclusion, des manifestations de type allergique : choc anaphylactique, œdème de Quincke, urticaire, prurit, toux spasmodique, asthme, lors de l'injection de produits sclérosants ont été publiés dans la littérature, malheureusement, habituellement, sans investigation allergologique. Nous avons désiré attirer l'attention sur de tels cas pour que dorénavant ils fassent l'objet d'une investigation complète.

RÉFÉRENCES

1. Avram J., Desmazes E. – Choc allergique après injection de tétracycline sulfate de sodium. *Phlébologie*, 1966, 19, 171-172.
2. Beaglehole R. – Epidemiology of varicose veins. *World J. Surg.*, 1986, 10, 898-902.
3. Benhamou A.C., Natali J. – Les accidents des traitements sclérosants et chirurgical des varices du membre inférieur. À propos de 90 cas. *Phlébologie*, 1981, 34, 41-51.
4. Boesflug O. – Choc anaphylactique après injection de Trombovar. *Phlébologie*, 1974, 27, 191-193.
5. Bordas J.M., Feu F., Villela A., Rodes J. – Anaphylactic reaction to ethanolamine oleate injection in sclerotherapy of esophageal varices. *Endoscopy*, 1989, 21, 50-53.
6. Fronek H., Fronek A., Saltzberg G. – Allergic reactions to sotrade-col (TDSS). *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 1989, 15, 684.

7. Gournay J. – Incidents locaux et généraux de la sclérothérapie. *Phlébologie*, 1986, 39, 241-244.
8. Griton P., Escalier-Imbert M., Cuffit A. – La maladie variqueuse : étude épidémiologique : à propos de 1 600 cas. *Phlébologie*, 1987, 40, 923-929.
9. Jagtman B. – Anaphylaxis following administration of polidocanol. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 1990, 134, 872.
10. Klein-Rouweler B.J. – Anaphylaxis following administration of Polidocanol. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 1990, 134, 553.
11. Krause H. – Early and late complications of toxic and allergic origin following sclerotherapy in hemorrhoids. *Schweiz Rundsch. Med. Prax.*, 1990, 79, 829-830.
12. Lons T., Trinchet J.C. – La sclérose endoscopique des varices œsophagiennes. *Gastroentérol. Clin. Biol.*, 1992, 16, 50-63.
13. Ouvray P.A. – Sclérothérapie : accidents généraux, choc, allergies. *Phlébologie*, 1986, 39, 245-249.
14. Passas H. – À propos d'un cas d'allergie à manifestations générales au tétradécylsulfate de sodium. *Phlébologie*, 1972, 25, 19-26.
15. Stricker B.H., Van Oijen J.N., Kroon C., Ovink A. – Anafylaxie na gebruik van polidocanol. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 1990, 134, 240-242.
16. Wallois P. – Sclérothérapie dans la maladie post-phlébitique. *Phlébologie*, 1984, 37, 469-477.
17. Wallois P. – Incidents et accidents de la sclérose. In : *La sclérose des varices*. Paris, Expansion Scientifique Française, 1985, 298-319.

