



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation xxx (2008) xxx–xxx

**Annales
françaises
d'ANESTHÉSIE
ET DE RÉANIMATION**

Cas clinique

Choc anaphylactique au latex en cours de césarienne : à propos de deux cas survenus en Guadeloupe

Latex induced anaphylactic shock during caesarean section: Two cases from Guadeloupe

F. Delaunay*, V. Blasco

Service d'anesthésie-réanimation des urgences, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

Reçu le 13 mai 2008 ; accepté le 1^{er} octobre 2008

Résumé

Nous rapportons deux cas de chocs anaphylactiques au latex survenus au cours de césariennes sur une période de cinq ans en Guadeloupe. L'issue a été favorable après un traitement adapté. Ces cas concordent avec d'autres publications selon lesquelles l'incidence et la sévérité de l'allergie au latex en milieu gynéco-obstétrical serait élevée. De plus, la population guadeloupéenne est susceptible d'être plus sensibilisée au latex par le biais de l'*Hévéa brasiliensis* ou des fruits exotiques. Des études épidémiologiques prospectives, ciblées sur les départements d'outre-mer et sur l'activité gynéco-obstétricale, devraient donc être conduites afin de confirmer ces tendances. Ces données sont nécessaires afin d'évaluer la nécessité et le rapport coût/efficacité des mesures de prévention primaire telles que l'éviction du latex dans les maternités.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We report the cases of two patients who experienced anaphylactic shock during Caesarean section over a five-year period in Guadeloupe (French West Indies). Outcome was good in both cases after adequate resuscitation and postevent analysis showed latex responsibility as causal agent. Consistently with others findings, these cases suggest a high incidence and severity of latex anaphylactic reactions during caesarean section. Moreover, in West Indies, latex sensitization may occur more frequently due to contact with the *Hevea brasiliensis* tree or tropical fruits. Further epidemiological studies focusing on tropical overseas territories and on gynecological-obstetrical procedures are needed to confirm these trends. Such data are needed to evaluate the need and cost-effectiveness of primary prevention strategies such as latex withdrawal from maternity wards.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Choc ; Anaphylaxie ; Hypersensibilité immédiate ; Latex ; Césarienne

Keywords : Shock; Anaphylaxis; Immediate hypersensitivity; Latex; Caesarean section

1. Introduction

L'allergie au latex demeure un sujet de préoccupation majeure pour les anesthésistes-réanimateurs. Nous rapportons deux cas très sévères d'hypersensibilité au latex, survenus en

Guadeloupe, en milieu gynéco-obstétrical, au décours de césariennes sous rachianesthésie, après l'injection d'ocytocine.

2. Observations

2.1. Cas n° 1

Le premier cas décrit est celui d'une patiente âgée de 39 ans convoquée pour la réalisation d'une césarienne programmée dans le cadre de la prise en charge d'une grossesse gémellaire

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fdelaunay13@hotmail.com (F. Delaunay).

Tableau 1

Caractéristiques cliniques et biologiques des deux cas de choc anaphylactique causé par le latex.

Cas clinique	N° 1	N° 2
Âge	39	36
Antécédents	G1P0 2 interventions de chirurgie abdominale	G6P4 1 IVG, 3 césariennes
Atopie	Non	Non
Asthme	Non	Non
Antécédents d'allergie alimentaire ou au latex	Non	Non
Indication de la césarienne	Grossesse gémellaire	Pré-éclampsie
Technique d'anesthésie	Rachianesthésie : bupivacaïne, sufentanil	Rachianesthésie : bupivacaïne, sufentanil, morphine
Stade de gravité	Grade III	Grade IV
Traitement	Adrénaline Assistance respiratoire Méthylprednisolone	Adrénaline Assistance respiratoire Massage cardiaque externe
Complications	Aucune	Hémorragie de la délivrance, CIVD
Tryptase ($n < 13,5 \mu\text{g/l}$)	68,3 $\mu\text{g/l}$	Non dosée
IgE spécifiques au latex ($n < 0,10 \text{ kU/l}$)	26,9 kU/l	20,4 kU/l
Test cutané au latex	Positif	Positif

Grade I : signes cutéomuqueux généralisés ; grade II : atteinte multiviscérale modérée ; grade III : atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant une thérapeutique spécifique ; grade IV : inefficacité circulatoire ; grade V : décès (1).

arrivée à terme. On notait dans ses antécédents deux interventions chirurgicales à type de laparotomies pour kystes ovariens et adhésiolyse. La recherche d'antécédents d'allergie au latex et aux fruits exotiques lors de la consultation d'anesthésie était négative. Aucune prémédication n'était administrée avant l'admission au bloc opératoire. L'anesthésie consistait en la réalisation d'une rachianesthésie (10 mg de bupivacaïne et 5 μg de sufentanil). Les jumeaux étaient extraits respectivement 30 et 32 minutes après la réalisation de l'anesthésie périmédule. Après clampage du second cordon, un ocytocique (Syntocinon®) était injecté, suivi d'une antibioprophylaxie par céfazoline. Dix minutes après l'injection apparaissait une réaction d'hypersensibilité immédiate de Grade III [1]. La réaction associait des manifestations cutanées à type d'urticaire, un bronchospasme et un état de choc. La patiente était placée sous assistance ventilatoire et l'hémodynamique contrôlée par administration itérative de bolus d'adrénaline. Cent vingt milligrammes de méthylprednisolone étaient secondairement administrés et les prélèvements biologiques étaient effectués dès l'arrivée de la patiente en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). L'évolution était favorable après 24 heures en SSPI en raison de l'absence de disponibilité de place plasmatique indosable et de tryptase sérique à 68,3 $\mu\text{g/l}$ ($n < 13,5 \mu\text{g/l}$). Le dosage des IgE spécifiques à la céfazoline (Cefaclor™) était négatif ($< 0,10 \text{ kU/l}$). Le dosage des IgE spécifiques au latex (immunoCAP PHADIA™) était positif à 26,9 kU/l ($n < 0,10 \text{ kU/l}$). Les tests d'activation des basophiles humains (cytométrie de flux) pratiqués à distance étaient négatifs pour l'ocytocine (Syntocinon®), la bupivacaïne et le sufentanil. Le test cutané au latex était positif.

2.2. Cas n° 2

Le deuxième cas décrit est celui d'une patiente âgée de 36 ans, G6 P4. Lors de la consultation d'anesthésie aucun antécédent d'allergie au latex et aux fruits exotiques n'était retrouvé. L'indication de césarienne était portée compte tenu de

la survenue d'une pré-éclampsie à 36 semaines d'aménorrhée. L'extraction fœtale intervenait 30 minutes après la réalisation d'une rachianesthésie (10 mg de bupivacaïne, 5 μg de sufentanil et 0,1 mg de morphine). Après clampage du cordon, un ocytocique (Syntocinon®) était injecté, suivi d'une antibioprophylaxie par céfazoline. Dans les minutes suivant l'extraction fœtale apparaissait une réaction d'hypersensibilité immédiate de Grade IV. La réaction comportait un état de choc évoluant rapidement vers un arrêt cardiocirculatoire. Une réanimation par massage cardiaque externe, assistance ventilatoire et administration de bolus d'adrénaline permettait une reprise rapide de l'activité circulatoire. La patiente a présenté par la suite un tableau d'hémorragie diffuse (gynécologique, cicatrices et points de ponction) en relation avec une CIVD traitée médicalement. L'évolution était favorable et la patiente a été sevrée de l'adrénaline et extubée après 72 heures de réanimation. L'histamine plasmatique était indosable. La tryptase sérique n'a pu être dosée en raison d'une erreur d'étiquetage (trypsine). Le dosage des IgE spécifiques à la céfazoline (Cefaclor™) était négatif ($< 0,10 \text{ kU/l}$). Le dosage des IgE cutanés au latex, pratiqué à distance, était positif. Les principales caractéristiques cliniques et biologiques des deux cas sont reportées dans le Tableau 1.

3. Discussion

Les réactions d'hypersensibilité immédiate survenant au cours de l'anesthésie, qu'elles soient médiées par les immunoglobulines E (hypersensibilité immédiate allergique) ou non immunomédiées (hypersensibilité immédiate non allergique) demeurent un sujet de préoccupation majeure pour les anesthésistes, dans la mesure où elles surviennent souvent de manière imprévisible et peuvent menacer la vie. Le mécanisme de la réaction est dans 60 % des cas environ d'origine immunologique, IgE-dépendant. L'incidence des réactions anaphylactiques en cours d'anesthésies a été estimée à 1/13 000 anesthésies en 1996 dans la population générale en

France [1]. L'allergie au latex représentait 16 % de ces cas. On pourrait donc en évaluer l'incidence à 1/80 000 anesthésies environ. Une prédominance féminine (environ 70 %) a été observée indépendamment de l'agent causal [2,3]. Malgré une prise en charge adaptée, la mortalité est de l'ordre de 6 % [4,5].

Les deux cas décrits présentent plusieurs particularités, d'une part, le contexte géographique de survenue et, d'autre part, la sévérité élevée des réactions rapportées.

En effet, l'étude a été effectuée en Guadeloupe, département où la population est susceptible d'être sensibilisée au latex par le biais des fruits exotiques et de l'*Hévéa brasiliensis* [6,7]. De plus, la Guadeloupe présente un taux de natalité et de fécondité supérieur à celui de la métropole [8]. Les femmes y sont donc plus fréquemment exposées lors d'accouchement ou de césariennes. Une étude rétrospective monocentrique incluant 1240 césariennes consécutives sur une période d'un an, rapporte une incidence plus élevée de l'allergie au latex en cas de césarienne. En effet, les auteurs retrouvaient quatre cas d'allergies au latex, dont un choc anaphylactique, soit une incidence 1/310 en cas de césarienne [9]. Ces résultats sont concordants avec nos observations. En effet, nous décrivons deux cas de choc anaphylactique au latex survenus sur une période de cinq ans, sur un total de 2138 césariennes. Cependant, les effectifs de ces séries sont trop limités et seules des études multicentriques de grande envergure pourraient confirmer ces résultats.

Concernant la sévérité, les réactions au latex sont assez fréquemment progressives et de bas grade, tous types d'interventions confondues (60 % de réactions grades I et II ; 40 % de réactions grades III et IV). Cette sévérité particulière pourrait être due au passage brutal dans la circulation d'une grande quantité d'allergène latex, chassée par l'effet de l'ocytocine après la délivrance artificielle et la révision utérine réalisées manuellement par l'obstétricien. Mais il pourrait aussi s'agir d'un biais de sélection, les réactions moins sévères n'étant pas diagnostiquées ou pas investiguées. Dans une récente étude prospective conduite sur deux ans et incluant 70 000 anesthésies, les auteurs ont dosé les taux d'histamine et de tryptase lorsque les patients étaient soupçonnés de réactions d'hypersensibilité ou de réactions indésirables inexplicables au cours de l'anesthésie, puis des tests cutanés étaient effectués. Les auteurs ont montré que seul deux tiers des réactions étiquetées « allergiques » l'étaient réellement et que la moitié des cas des réactions étiquetées « inexplicables » étaient également d'origine allergique [10]. Dans cette étude, la recherche systématique des marqueurs d'une réaction d'hypersensibilité fait passer l'incidence des réactions d'hypersensibilité de 1/4667 à 1/3180 anesthésies. Autre donnée intéressante, le latex devient l'agent le plus souvent responsable des réactions d'hypersensibilité, suivi des curares et des antibiotiques [10]. Concernant le bilan étiologique, les dosages plasmatiques de la tryptase, la recherche d'IgE spécifiques et la réalisation de tests cutanés au latex ont permis de poser le diagnostic rétrospectivement. Mais la Guadeloupe ne dispose pas de laboratoire permettant de pratiquer ces dosages. La nécessité d'acheminer

ces prélèvements vers la métropole complique la démarche diagnostique et est probablement en partie responsable d'une sous-estimation du nombre de cas en Guadeloupe. De plus, la réalisation d'un bilan allergologique exhaustif est rendue difficile par le fait que les tests cutanés (qui restent le standard diagnostique en matière de réaction allergique) doivent être pratiqués en Martinique ou en métropole pour les médicaments potentiellement impliqués. Seul le test cutané au latex est disponible en Guadeloupe et a été réalisé dans les deux cas.

4. Conclusion

La sévérité des cas rapportés et le contexte géographique de survenue suggèrent qu'une vigilance toute particulière à l'égard de l'allergie au latex, devrait être appliquée par les anesthésistes-réanimateurs exerçant dans les départements d'outre-mer. Du point de vue épidémiologique, il serait utile à l'avenir de collecter à part les cas survenant dans les populations d'outre-mer et de comparer l'incidence des réactions allergiques au latex à celles observées en métropole dans de grandes séries. De plus, il nous semble important d'étudier plus précisément et prospectivement, l'incidence de l'allergie au latex dans le milieu gynéco-obstétrical où la pathologie pourrait être plus fréquente et plus grave. Ces connaissances plus précises concernant l'épidémiologie de l'allergie au latex permettront d'évaluer la nécessité et l'efficacité de mesures de prévention primaire.

Références

- [1] Laxenaire MC. Épidémiologie des réactions anaphylactoïdes peranesthésiques. Quatrième enquête multicentrique (juillet 1994–décembre 1996). Ann Fr Anesth Reanim 1999;18:796–809.
- [2] Mertes PM, Laxenaire MC. Épidémiologie des réactions anaphylactiques et anaphylactoïdes peranesthésiques en France. Septième enquête multicentrique (janvier 2001–décembre 2002). Ann Fr Anesth Reanim 2004;23:1133–43.
- [3] Mertes PM, Laxenaire MC, Alla F. Anaphylactic and anaphylactoid reactions occurring during anesthesia in France in 1999–2000. Anesthesiology 2003;99:536–45.
- [4] Birnbaum J, Porri F, Pradal M, Charpin D, Vervloet D. Allergy during anaesthesia. Clin Exp Allergy 1994;24:915–21.
- [5] Hollnberger H, Gruber E, Frank B. Severe anaphylactic shock without exanthema in a case of unknown latex allergy and review of the literature. Paediatr Anaesth 2002;12:544–51.
- [6] Brehler R, Theissen U, Mohr C, Luger T. Latex-fruit syndrome: frequency of cross-reacting IgE antibodies. Allergy 1997;52:404–10.
- [7] Ibero M, Castillo MJ, Pineda F. Allergy to cassava: a new allergenic food with cross reactivity to latex. J Investig Allergol Clin Immunol 2007; 17:409–12.
- [8] Insee. Enquête STATISS 2007 <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/frames/fr9a.htm>.
- [9] Draisci G, Nucera E, Pollastrini E, Forte E, Zanfini B, et al. Anaphylactic reactions during cesarean section. Int J Obstet Anesth 2007;16:63–7.
- [10] 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;52:175–81.