



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2011) xxx-xxx

Fait clinique

Choc anaphylactique au latex favorisé par l'oxytocine au cours d'un accouchement

Latex anaphylaxis triggered by oxytocin during a delivery

I. Luez^a, A. Nosbaum^a, P. Rouzaire^b, F. Bienvenu^b, J.-F. Nicolas^a, F. Bérard^{a,*}

^a Service d'allergologie et immunologie clinique, hospices Civils de Lyon, centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite, France

^b Laboratoire d'immunologie, hospices Civils de Lyon, centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite, France

Reçu le 14 avril 2011 ; accepté le 15 avril 2011

Résumé

Les antibiotiques et le latex sont les principaux allergènes pourvoyeurs d'hypersensibilité immédiate allergique lors des accouchements. Dans ce cas clinique, une patiente a présenté un choc anaphylactique au latex 10 heures après le début de l'exposition, lors de la réalisation d'une césarienne et de l'administration d'ocytociques, favorisant la contraction utérine et la diffusion systémique des particules de latex. Le latex reste donc un allergène imputable, même lorsque la réaction survient plusieurs heures après le début de l'exposition.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Allergie au latex ; Césarienne ; Oxytocine ; Accouchement

Abstract

Antibiotics and latex are the major allergens responsible for allergic immediate hypersensitivity during delivery. In this case report, a patient developed anaphylaxis to latex 10 hours after the onset of exposure, which occurred during a caesarean section and the administration of oxytocin, inducing the uterine contraction and the systemic release of latex particles. Latex remains a culprit allergen, even if the reaction occurs several hours after the onset of exposure.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Latex hypersensitivity; Caesarean section; Oxytocin; Delivery

1. Introduction

Les réactions anaphylactiques en milieu chirurgical ou médical sont fréquentes. En milieu chirurgical, on estime leur incidence entre 1/10 000 et 1/20 000. Les premiers allergènes en causes sont les curares, suivis par le latex et les antibiotiques. La réaction a lieu dans 90 % des cas à l'induction de l'anesthésie. Le diagnostic repose rétrospectivement sur le dosage de la tryptase lors de la réaction et à distance, les tests cutanés et le dosage des IgE spécifiques lorsqu'elles existent ou dans certains cas sur le test d'activation des basophiles [1]. Il

n'existe pas de test prédictif de l'allergie aux médicaments. La mortalité est environ de 10 %.

Les anaphylaxies surviennent aussi au cours de l'accouchement avec une fréquence estimée de deux à trois cas pour 100 000 délivrances le plus souvent lors des césariennes. Les principaux agents en cause sont les pénicillines et les céphalosporines. Si le pronostic maternel est souvent favorable, il n'en est pas de même du pronostic fœtal [2]. Nous rapportons un cas d'anaphylaxie au latex, survenu plusieurs heures après le début de l'exposition favorisé par l'utilisation d'ocytociques.

2. Cas clinique

Une patiente de 24 ans, auxiliaire de vie, est adressée pour exploration d'un choc anaphylactique survenu durant une césarienne, avec suspicion d'allergie à l'oxytocine et à la

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederic.berard@chu-lyon.fr (F. Bérard).

céfazoline. Ses antécédents chirurgicaux retrouvent une luxation congénitale de hanche opérée à trois reprises, une chirurgie du genou, une appendicectomie. Ses antécédents obstétricaux comportent une première grossesse avec un accouchement par voie basse sous rachianesthésie sans complication en 2006. Il s'agit par ailleurs d'une patiente atopique avec rhino conjonctive allergique aux poils de chat.

La grossesse en cours s'est déroulée sans incident. La patiente se présente à la maternité à 40 SA et cinq jours à 20 h00. Elle bénéficie alors d'une anesthésie péridurale par naropéine et sufentanyl à 21h40. Aucun autre traitement n'est administré durant la nuit hormis les solutés de réhydratation (chlorure de sodium 0,9 %). La dilatation du col est mesurée à plusieurs reprises pendant le travail sans incident. À 6h20, la patiente présente une fièvre à 38,2 °C et un érythème diffus. Devant le ralentissement du rythme cardiaque fœtal et l'échec de l'extraction au forceps, une césarienne est pratiquée en urgence à 6h35. À 6h40, on administre 2 g de cefazoline et 10 UI d'ocytocine. Immédiatement, la patiente présente une réaction d'allure anaphylactique de grade III dans la classification de Ring et Messner avec hypotension sévère (tension artérielle non mesurable), bronchospasme et érythème diffus. La prise en charge par noradrénaline et solumédrol permet de restaurer une tension systolique à 85 mmHg. L'antibiothérapie est relayée par métronidazole et gentamycine. La température se normalise rapidement et il n'est pas retrouvé de foyer infectieux. Les suites immédiates se compliquent d'une hémorragie de la délivrance nécessitant un séjour de trois jours en unité de soins intensifs (USI). L'évolution maternelle est finalement favorable comme celle de l'enfant.

Les explorations allergologiques à quatre mois de l'accident comportent des tests cutanés pour l'ocytocine, la cefazoline et le latex, un test d'activation des basophiles (TAB) pour l'ocytocine et la cefazoline et des IgE spécifiques du latex et des principaux allergènes moléculaires du latex.

Les tests cutanés ainsi que les TAB pour la cefazoline et l'ocytocine sont négatifs (prick à la concentration de 0,2 g/mL, IDR à la concentration 0,002 g/mL et 0,0002 g/mL pour la cefazoline, prick à 5 U/mL, IDR à 0,05 U/mL et 0,005 U/mL pour l'ocytocine). Le prick pour le latex en extrait commercial (Stallergène®, Anthony, France) est positif à 9/42 mm. Les IgE latex (k 82) sont positives à 34,6 kU/L avec des IgE spécifiques rHev b 5 à 14 et rHev b 6,01 à 2,75 kU/L pour des IgE sériques totales à 426 kU/L. Les IgE spécifiques rHev b 1 sont positives à 21 kU/L et rHev b 3 à 8,26 kU/L. Les IgE spécifiques rHev b 8 sont négatives. Nous prouvons définitivement l'absence d'hypersensibilité immédiate à l'ocytocine et à la cefazoline devant la bonne tolérance des réintroductions des deux molécules sous surveillance rapprochée en USI. Nous concluons à un choc anaphylactique au latex par exposition vaginale répétée, probablement aggravée par la césarienne et l'ocytocine favorisant la contraction utérine et la diffusion systémique du latex.

Le profil de sensibilisation de cette patiente correspond à un profil d'allergie au latex (rHev b 5 et rHev b 6,01 positifs) chez une patiente multi-opérée (rHev b 1 et rHev b 3 positifs), ces

quatre allergènes moléculaires étant des allergènes majeurs du latex. La patiente n'avait cependant jamais présenté auparavant de symptôme au contact du latex ni à la consommation de fruit croisant avec le latex.

3. Discussion

L'allergie au latex peropératoire est bien connue dans le milieu chirurgical. Dans cette observation, le délai de 10h20 entre le début de l'exposition au latex et le début de la réaction est particulièrement long. L'absence d'antécédent de réaction lors du contact avec le latex chez cette patiente concorde avec le fait qu'il a fallu des contacts répétés pour déclencher une réaction et donc probablement atteindre une dose seuil de taux d'allergènes. D'autres observations rapportent qu'un simple examen gynécologique peut suffire à déclencher une anaphylaxie, notamment chez des patientes avec des manifestations au latex, ou aux fruits par réaction croisée avec le latex [3]. Cependant, la majorité des anaphylaxies au latex chez la femme enceinte se manifeste au cours d'une césarienne [2].

Dans ces différentes observations obstétricales, bien que l'allergie au latex soit prouvée, la réaction survient fréquemment lors de la perfusion d'ocytocine. L'hypothèse d'une réaction croisée a été évoquée devant l'existence d'une séquence d'acides aminés commune entre l'ocytocine et la patatine, une des protéines du latex [4]. Cependant, si des cas d'authentique allergie à l'ocytocine ont été rapportés [5], on ne trouve pas dans la littérature d'observation de réaction à l'ocytocine lors d'utilisation chez des patientes antérieurement connues pour être allergiques au latex. Chez notre patiente, la négativité des tests cutanés, du TAB et la bonne tolérance de la réintroduction d'ocytocine plaident pour un autre mécanisme qu'une allergie croisée. Dans notre observation, le caractère brutal du choc au moment de la perfusion d'ocytocine s'explique plutôt, à notre avis, par la libération brutale et massive des particules de latex accumulées dans l'utérus lors de la contraction brutale de ce dernier sous l'effet de la drogue.

Les principaux facteurs de risque d'allergie au latex chez notre patiente sont l'atopie (risque relatif de 4) [7], les multiples opérations dans l'enfance, notamment en cas de spina bifida (risque relatif très variable selon les séries : de 2 à 30) [7], l'exposition professionnelle au latex (risque relatif autour de 3) [8]. Enfin, l'antécédent d'accouchement sous rachianesthésie pourrait également représenter un facteur de risque supplémentaire. Chez des patientes de gynécologie, Draisci et al. retrouvent en effet une sensibilisation au latex chez un cas sur 310 en cas d'antécédent de rachi anesthésie contre un cas sur 1240 en son absence [9]. Les auteurs rapportent dans une autre étude une prévalence des IgE spécifiques du latex chez 5 % des femmes enceintes contre 1,7 % chez des femmes sans antécédents obstétricaux [10].

Cette observation souligne l'importance du dépistage lors de la consultation peranesthésique et pose la question de l'intérêt éventuel de tests systématiques en cas de facteur de risque d'allergie au latex. En effet, chez notre patiente, l'interrogatoire bien conduit n'a pas permis de suspecter le diagnostic d'allergie

au latex. On peut également envisager, comme cela se fait dans certains centres, une éviction systématique du latex des blocs opératoires, afin de prévenir la sensibilisation des patients, du personnel ainsi que les accidents chez les malades non dépistés par de l'absence de signe clinique évocateur, comme notre patiente. L'efficacité de cette mesure a été prouvée chez les patients porteurs de spina bifida et chez le personnel du milieu de la santé [7,8]. Enfin, des protocoles d'induction de tolérance au latex ont été tentés chez des patients allergiques mais source d'effets secondaires parfois sévères, aussi le meilleur traitement reste encore actuellement l'éviction définitive du latex [6].

4. Conclusion

L'allergie au latex, par sa fréquence et sa gravité, doit rester constamment à l'esprit du médecin devant toute réaction anaphylactique en milieu médical ou chirurgical, quelle que soit la chronologie de la réaction, y compris chez les patients sans facteur de risque identifié.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

Références

- [1] Magnan A, Pipet A, Berard F, Malinovsky JM, Mertes PM. Mécanismes immunologiques de l'allergie peranesthésique. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(3):240–5.
- [2] Mulla ZD, Ebrahim MS, Gonzalez JL. Anaphylaxis in the obstetric patient: analysis of a statewide hospital discharge database. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2010;104(1):55–9.
- [3] Shingai Y, Nakagawa K, Kato T, Fujioka T, Matsumoto T, Kihana T, et al. Severe allergy in a pregnant woman after vaginal examination with a latex glove. *Gynecol Obstet Invest* 2002;54(3):183–4.
- [4] Ogata J, Minami K. Synthetic oxytocin and latex allergy. *Br J Anaesth* 2007;98(6):845–6.
- [5] Maycock EJ, Russell WC. Anaphylactoid reaction to syntocinon. *Anaesth Intensive Care* 1993;21(2):211–2.
- [6] Pecora V, Aruanno A, Buonomo A, De Pasquale T, Colagiovanni A, Sabato V, et al. Sublingual immunotherapy with natural rubber latex: a case report with 8-year follow-up. *Contact Dermatitis* 2010;63(1):53–4.
- [7] Blumchen K, Bayer P, Buck D, Michael T, Cremer R, Fricke C, et al. Effects of latex avoidance on latex sensitization, atopy and allergic diseases in patients with spina bifida. *Allergy* 2010;65(12):1585–93.
- [8] Chaari N, Sakly A, Amri C, Mahfoudh A, Henchi MA, Khalfallah T, et al. Occupational allergy in healthcare workers. *Recent Patents Inflamm Allergy Drug Discov* 2010;4(1):65–74.
- [9] Draisci G, Nucera E, Pollastrini E, Forte E, Zanfini B, Pinto R, et al. Anaphylactic reactions during cesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2007;16(1):63–7.
- [10] Draisci G, Zanfini BA, Nucera E, Catarci S, Sangregorio R, Schiavino D, et al. Latex sensitization: a special risk for the obstetric population? *Anesthesiology* 2011;114(3):565–9.