

Les pseudo-allergies médicamenteuses : vraies ou fausses allergies?



La prolifération de nouvelles classes de médicaments ne cesse pas et, parallèlement, de nouvelles réactions défavorables surviennent. Parmi celles-ci, mentionnons les réactions allergiques et les réactions pseudo-allergiques, qui leur ressemblent cliniquement, mais dont le mécanisme ne met pas en cause le système immunitaire.

Par André Caron, M.D., FRCPC

L'allergie médicamenteuse est une réaction défavorable à un médicament, où le système immunitaire intervient. Elle se fait en deux phases : l'induction d'une réponse immune spécifique au cours d'une exposition à un médicament (pas nécessairement la première), aussi appelée sensibilisation; elle est suivie par la survenue des symptômes au cours d'une exposition subséquente, ou parfois au cours de l'exposition sensibilisante.

On parle de réaction pseudo-allergique à un médicament lorsque les manifestations cliniques de la réaction

défavorables ressemblent étrangement à une réaction allergique causée par les immunoglobulines E (IgE), ce qu'elle n'est pas. D'où son nom de pseudo-allergie : le système immunitaire n'entre pas en action.

L'incidence réelle des réactions défavorables aux médicaments est inconnue, mais certaines estimations existent.¹ Environ 2 % des admissions à l'hôpital seraient dues à une réaction défavorable à un médicament. Une proportion de 15 % à 30 % des patients hospitalisés manifesterait une réaction défavorable à un médicament. Une mort attribuée à un médicament surviendrait chez 0,01 % des patients admis pour une opération chirurgicale et chez 0,17 % des patients admis pour des soins médicaux. La plupart des décès surviendraient chez des patients en phase terminale.

Les réactions défavorables aux médicaments

On peut classer ces réactions en deux grands groupes : les réactions défavorables prévisibles et les réactions défavorables non prévisibles.²



Le Dr Caron est professeur adjoint de clinique, Université de Montréal, et allergologue et immunologue, CHUM, Hôpital Notre-Dame. Il s'intéresse particulièrement à la réponse immuno-inflammatoire et à ses répercussions en clinique.

Les pseudo-allergies

En bref :

Les pseudo-allergies médicamenteuses

- Il existe deux grands groupes de réactions défavorables : les **réactions prévisibles** et les **réactions non prévisibles**.
- Les **réactions allergiques** aux médicaments peuvent être déclenchées par des **immunoglobulines E, G ou M**, ou par les **lymphocytes T4 ou T8**.
- Les **réactions pseudo-allergiques** aux médicaments peuvent être causées par une réaction due à la **libération d'histamine**.
- Les produits de contraste radiologiques, certains antibiotiques (la vancomycine, la polymyxine B, les diamidines), le paclitaxel, les opiacés et certains autres médicaments (la d-tubocurarine et la protamine) peuvent causer les réactions pseudo-allergiques dues à la libération d'histamine.
- Les **antibiotiques** peuvent causer des réactions défavorables (la vancomycine, la polymyxine B, les diamidines) ainsi que les **opiacés** et **certaines autres médicaments** (la d-tubocurarine et la protamine).
- Une **prémédication à base de corticostéroïdes et d'antihistaminiques** aide souvent à abolir ou à minimiser ces réactions, permettant ainsi de pouvoir utiliser les produits en cause lorsqu'ils sont vraiment indiqués.

Les réactions prévisibles sont souvent fonction de la dose, en rapport avec les effets pharmacologiques connus du médicament et surviennent chez les patients normaux. Les réactions imprévisibles, elles, sont généralement non reliées à la dose, souvent sans rapport avec les effets pharmacologiques connus du médicament et surviennent principalement chez des personnes susceptibles (souvent une susceptibilité immunologique, occasionnellement une différence génétique). En effet, les réactions imprévisibles sont parfois génétiquement déterminées. Les pseudo-allergies médicamenteuses sont des réactions défavorables imprévisibles.

Les réactions défavorables prévisibles

Le surdosage : dû à une administration excessive ou à une

accumulation secondaire à un métabolisme et/ou à une excrétion ralentie (sommolence, tinnitus, dysgueusie et étourdissement avec la lidocaïne).

L'effet associé : les réactions défavorables les plus fréquentes. Il s'agit d'effets pharmacologiques attribuables à un médicament, autres que ceux désirés (sédation associée aux antihistaminiques de première génération). Certains de ces effets peuvent se manifester tardivement, tels la tératogénicité et la carcinogénicité.

L'effet indésirable : conséquence pouvant survenir à la suite de l'action pharmacologique du médicament. Il peut être en relation avec le médicament utilisé (colite pseudomembraneuse consécutive à la prise de certains antibiotiques), ou en relation avec la maladie traitée (rash à l'ampicilline ou à l'amoxicilline chez un patient ayant une mononucléose infectieuse, un syndrome lymphoprolifératif, une virémie ou s'il prend de l'allopurinol).

L'interaction médicamenteuse : l'effet d'un médicament sur la pharmacodynamique (dépression cardiaque lors de l'utilisation concomitante du diltazin et de la lidocaïne) ou la pharmacocinétique (effet de l'épinéphrine, fréquemment associée à un anesthésique local afin de prolonger la durée de l'analgésie, et l'érythromycine qui augmente la concentration sanguine de la théophylline ou de l'astémizole).

Les réactions défavorables non prévisibles

L'intolérance : un effet pharmacologique survenant avec une dose très faible d'un médicament qui généralement ne produit cet effet qu'à plus forte dose (les acouphènes avec de petites doses d'acide acétylsalicylique). Cet effet défavorable peut être génétiquement déterminé.

L'idiosyncrasie : une réaction anormale et inattendue à la suite de la prise d'un médicament. Cette réaction est différente de son action pharmacologique et peut ressembler à une réaction d'hypersensibilité, mais ne met pas en cause un mécanisme immunologique. L'exemple le plus courant est le déficit en glucose-

Les pseudo-allergies

6-phosphate déshydrogénase qui favorise une hémolyse avec la prise de certains médicaments.

La réaction allergique : ne survient que chez un petit nombre de patients, est imprévisible et qualitativement anormale. Elle est causée par un mécanisme immunologique, ce qui la différencie de la réaction idiosyncrasique.

La réaction pseudo-allergique : cliniquement similaire à une réaction déclenchée par des IgE, mais le système immunitaire n'est pas en cause.

Les mécanismes

Les réactions allergiques aux médicaments peuvent mettre en cause différents types de réponses immunologiques.³ Les réactions pseudo-allergiques aux médicaments peuvent être elles aussi causées par différents types de mécanismes.

Les réactions pseudo-allergiques

Certaines réactions médicamenteuses ressemblent cliniquement à la réaction causée par les IgE, mais ne mettent pas en cause le système immunologique; on parle de réactions pseudo-allergiques ou anaphylactoïdes. Une réaction peut survenir à la première exposition, sans sensibilisation préalable.⁴

La réaction due à la libération d'histamine : causée par la dégranulation du mastocyte, mais sans la participation des IgE. Le médicament en cause induit, par un mécanisme énergie dépendant et non cytotoxique, l'exocytose des granules contenant de l'histamine dans le liquide extracellulaire. Ceci entraîne une dilatation dans les veinules, une augmentation de la perméabilité vasculaire, une contraction des muscles lisses et une stimulation des glandes muqueuses.

Certains médicaments sont reconnus comme pouvant causer une libération des médiateurs des mastocytes par un mécanisme non immunologique, dont les produits de contraste radiologiques, certains antibiotiques (vancomycine, polymyxine B et pentamidine), des opiacés, de la d-tubocurarine, de la protamine, du

paclitaxel et d'autres polypeptides basiques (somatostatine, substance P et polypeptide intestinal vasoactif).

Les réactions dues à d'autres mécanismes : L'acide acétylsalicylique (AAS) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent aussi produire une réaction d'asthme et de rhinite, de même que d'urticaire et d'angio-œdème, par un mécanisme impliquant le blocage de la cyclo-oxygénase.

Enfin, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et l'altéplase semblent agir par un mécanisme d'accumulation des kinines.

La libération d'histamine

Les produits de contraste radiologiques

Un patient présente une urticaire au cours d'une coronarographie. Son cardiologue lui dit alors qu'il est « allergique à l'iode », et que, par conséquent, il ne peut plus manger de fruits de mer, tandis qu'il en a toujours mangé sans problème auparavant. Est-ce une recommandation justifiée?



VIOXX®
(rofecoxib)

VIOXX® est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) du groupe des coxibs indiqué pour le traitement des signes et des symptômes aigus et chroniques de l'arthrose, pour le soulagement de la douleur chez les adultes et pour le traitement de la dysménorrhée primaire.

Il faut tenir compte des mises en garde et des précautions générales concernant les AINS lorsqu'on prescrit VIOXX®. Renseignements d'ordonnances fournis sur demande.

® Marques déposées de Merck & Co., Inc., utilisées sous licence.

MERCK FROSST
Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

MERCK FROSST CANADA LTÉE
C.P. 1005, POINTE-CLAIRE
DORVAL (QUÉBEC) H9R 4P8

CCPP

VOX-02-CDN-34410500-JA-F

Les pseudo-allergies

À quoi le médecin qui pose un diagnostic « d'allergie à l'iode » fait-il vraiment allusion? Et qu'en pense le médecin à qui un patient mentionne qu'il est « allergique à l'iode? »

- Que le patient ne peut pas manger de fruits de mer?
- Qu'on ne peut nettoyer sa peau à la povidone-iode?
- Qu'il y a un risque de lui faire passer une pyélographie ou une angiographie?

Les réactions : la fréquence des réactions indésirables aux produits de contraste conventionnels, de type ionique et hyperosmolaire est de 12 % environ. Avec les plus récents produits non ioniques et hypo-osmolaires, la fréquence de ces réactions est environ 4 fois moindre (3 %).⁶

Ces réactions peuvent être légères (nausées, vomissements légers, urticaire légère, prurit et diaphorèse), modérées (faiblesse, vomissement grave, urticaire importantes, oedème facial ou laryngé, bronchospasme léger) et graves (oedème pulmonaire, arrêt respiratoire, chute importante de la pression artérielle, arrêt cardiaque, perte de conscience ou convulsions).⁷

Les réactions graves surviennent chez 0,22 % des patients recevant les produits de contraste ioniques et hyperosmolaires, et chez 0,04 % de ceux recevant les non-ioniques et hypo-osmolaires. On estime le taux de décès à environ 1/40 000 (selon les études à grande échelle, les taux varient de 1/15 000 à 1/117 000).

Les produits : Les produits de contraste traditionnels, ceux de la seconde génération, sont de type ionique et hyperosmolaire (I et HY); ils sont constitués d'un noyau benzène avec 3 atomes d'iode fixés étroitement aux positions 2, 4 et 6. Les positions 1, 3 et 5 sont disponibles pour différentes substitutions (soit des cations tels le sodium, le calcium ou le magnésium, soit le sucre méglumine), faisant varier la solubilité et la viscosité. Ces produits ont été couramment utilisés au cours des 40 dernières années. Leur tonicité était 5 fois supérieure à celle du plasma, et était nécessaire afin d'atteindre des concentrations d'iode suffisantes pour bien opacifier les reins et les vaisseaux. Ces produits se nomment sodium ou méglumine diatrizoate, sodium ou méglumine iothalamate et méglumine iodipamide. Ces

produits sont encore couramment utilisés de nos jours, car ils sont peu dispendieux.

Depuis les années 1980, une nouvelle génération de produits de contraste, non ioniques et par conséquent hypo-osmolaires (NI et HO), a été développée, et comprend les produits monomériques suivants : le métrizamide, l'iohexol, l'iopamidol et l'ioversol. Un cinquième agent, l'ioxaglate, est un dimère ionique qui possède cependant une osmolarité moindre car chaque molécule contient 6 atomes d'iode au lieu de 3, ce qui double sa radio-opacité par molécule.

Les mécanismes de la réaction. Les théories de l'histamine : Les produits de contraste peuvent induire une libération d'histamine à partir des mastocytes et des basophiles, et l'injection d'histamine peut produire des réactions similaires à celles observées lors d'injection intraveineuse (i.v.) de produits de contraste. C'est actuellement l'hypothèse la plus populaire.

La théorie du système nerveux central (SNC) et autre théorie : La théorie de l'exposition du SNC aux produits de contraste pourrait expliquer les réactions graves et aiguës d'hypotension marquée ou d'arrêt cardiaque isolé.

On a aussi proposé comme mécanisme l'inhibition de la cholinestérase, entraînant une augmentation de l'activité cholinergique, ce qui peut entraîner une vasodilatation, un bronchospasme, de l'urticaire, des troubles de rythme et des convulsions.

L'approche thérapeutique lors de la réaction : Au moment de la réaction, il faut la traiter selon sa gravité. Lorsqu'il s'agit d'une réaction légère, l'observation seule ou l'administration d'un antihistaminique est suffisante. Si la réaction est modérée, de l'oxygène et un bronchodilatateur en aérosol pour le bronchospasme, 5 à 10 mg de prochlorpérazine par injection intramusculaire (i.m.) ou i.v. pour des nausées ou vomissements ou un antihistaminique pour une urticaire peuvent être suffisants. Parfois, il faut administrer de l'épinéphrine à raison de 0,3 mg en sous-cutané, ceci pouvant être répété aux 10 à 15 minutes (les doses de médicaments sont suggérées ici pour un adulte de poids moyen).

Les pseudo-allergies

Pour une réaction plus grave, il faut être prêt à un traitement plus vigoureux. Pour une chute importante de la pression, il faut administrer de l'oxygène et des solutés i.v. à vitesse rapide, associés à une médication vasopressive appropriée au cas. Pour une crise convulsive, de l'oxygène et du diazépam I.V. sont indiqués. L'arrêt cardio-respiratoire doit être traité selon la façon habituelle. Une fois stabilisés, les patients ayant présenté une réaction grave doivent être gardés sous observation pendant plusieurs heures, souvent 24 heures ou plus.

L'identification du patient à risque : Il est bien important d'identifier le patient risquant de présenter une réaction indésirable aux produits de contraste, afin de les éviter, ou s'il est important de les réutiliser afin d'appliquer les mesures de prophylaxie qui permettent de minimiser ces risques.

D'abord, il faut savoir que ces réactions sont plus fréquentes chez le patient âgé de 20 à 50 ans, mais que s'il y a réaction, les conséquences peuvent être plus fâcheuses après l'âge de 50 ans, car plus souvent ces patients sont moins en mesure de bien supporter une réaction anaphylactoïde grave.

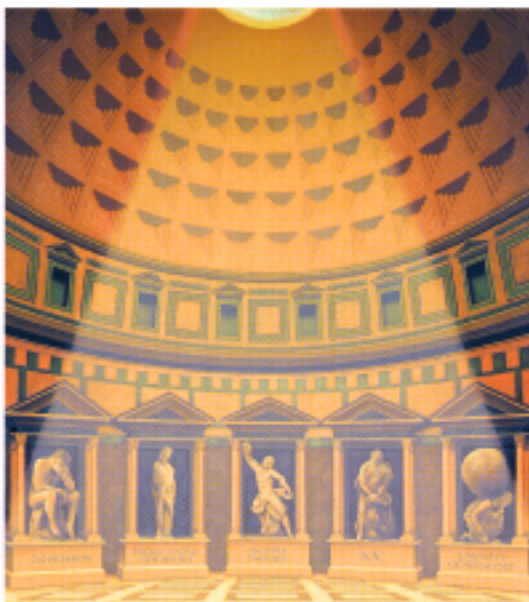
Les patients ayant déjà souffert de réaction systémique antérieure à d'autres substances que les produits de contraste présentent un risque de réaction 2 fois supérieur à la population en général, et ceux souffrant d'asthme ont un

risque 5 fois supérieur. La prise de bêtabloqueur ne semble pas augmenter l'incidence des réactions pseudo-allergiques, bien qu'il existe une certaine controverse à ce sujet, mais s'il en survient une, elle risque d'être plus grave et de moins bien répondre au traitement. Enfin, une réaction pseudo-allergique antérieure à un produit de contraste I et HY augmente ce risque de 3 à 8 fois.

Un test cutané avec les produits de contraste n'a pas de valeur prédictive et cette technique a été abandonnée il y a longtemps.

Un test cutané avec le produit de contraste n'a pas de valeur prédictive.

Prophylaxie : Il est important de rappeler qu'un service de radiologie doit toujours être équipé pour faire face à une éventuelle réaction systémique s'il utilise un produit de contraste. L'utilisation d'un produit NI et HO réduit d'environ 4 fois le risque de réaction pseudo-allergique; la prise d'un antihistaminique diminue aussi ce risque, et encore plus la prise de corticostéroïdes; la prise de la combinaison antihistaminique et corticostéroïde est encore plus efficace, et certains y ajoutent en plus de l'éphédrine.



Dans 60 à 90 % des cas, la dépression est accompagnée de symptômes d'anxiété¹.

PAXIL[®] est un antidépresseur, un antiobsessionnel, un antipanique, un anxiolytique et un traitement pour la phobie sociale. Consultez la monographie pour de plus amples renseignements sur la sélection des patients, ainsi que sur la posologie et l'innocuité du produit.

PAXIL[®] (HCl de paroxétine) est une marque déposée, utilisée sous licence par GlaxoSmithKline Inc.

1. Ravindran AV et al. A Double-Blind, Multicenter Study in Primary Care Comparing Paroxetine and Clonidine in Patients with Depression and Associated Anxiety. *J Clin Psychiatry* 1997;58(5):112-118.



Les pseudo-allergies

Pour un patient souffrant d'asthme ou de réaction allergique systémique antérieure à d'autres substances, on doit utiliser un produit de contraste NI et HO. Pour un patient ayant déjà présenté une réaction antérieure d'intensité légère, l'utilisation d'un produit de contraste NI et HO est considérée suffisante si le patient ne présente pas d'autre facteur de risque. Dans le doute, on est toujours mieux de traiter, tel que décrit au paragraphe suivant. Le coût d'un traitement est minime et pratiquement sans risque.

Pour un patient ayant déjà présenté une réaction légère et présentant d'autres facteurs de risque (asthme, allergies systémiques antérieures), ou un patient ayant déjà présenté une réaction modérée, il est important de le prétraiter avec un antihistaminique et de la cortisone, d'utiliser un produit de contraste NI et HO, et de cesser toute médication bêtabloquante, dans la mesure du possible. La prémédication seule (prednisone 50 mg, 13 heures, 7 heures et 1 heure avant l'examen, associé à la diphenhydramine 50 mg, 1 heure avant) diminue le risque de réaction pseudo-allergique, variant de 17 % à 35 %, à 5 % à 10 %, et l'ajout d'un produit de contraste non ionique et hypo-osmolaire le diminue à moins de 1 %.

Pour un patient ayant déjà présenté une réaction grave, on doit songer à utiliser une technique diagnostique de rechange ne nécessitant pas l'administraton d'un produit de contraste. Si cela s'avère impossible, il faut procéder comme indiqué au paragraphe précédent.

Situation particulière : Dans les dossiers médicaux, on retrouve souvent l'expression « allergie à l'iode », et la majorité des gens ne peuvent faire la différence entre une réaction pseudo-allergique aux produits de contraste, une dermite de contact à la povidone-iode et les réactions allergiques et pseudo-allergiques aux fruits de mer.^{5,6} Il s'agit de trois entités cliniques bien distinctes, n'ayant aucun lien entre elles, si ce n'est le fait qu'il y a des atomes d'iode dans chacun de ces produits. Bien entendu, « l'allergie à l'iode » comme tel n'existe pas. Toutes les personnes présentant l'une ou l'autre de ces réactions puisent leur iode dans la nourriture sans avoir de réaction indésirable. L'iode est un atome essentiel à la vie, et les besoins minimaux quotidiens en iode sont de 50 µg.

Les antibiotiques

Une dame âgée de 40 ans consulte à l'urgence pour des douleurs abdominales progressives associées à de la fièvre depuis moins de 24 heures. Cette patiente a commencé la dialyse péritonéale il y a 2 mois. Un diagnostic de péritonite est posé et on lui prescrit 1 000 mg de vancomycine à l'urgence. Quarante minutes après le début de la perfusion (celle-ci étant presque terminée), la patiente développe un léger prurit et un érythème diffus impressionnant. La perfusion est rapidement cessée et le tout se replace en 90 minutes.

La vancomycine : dégranulateur non spécifique des mastocytes pouvant entraîner un érythème cutané, mieux connu sous le nom de syndrome de l'homme rouge (*red-man syndrome*) (érythème diffus, parfois associé à un prurit, de l'angio-œdème, et occasionnellement une douleur thoracique, de la dyspnée et de l'hypotension), ou une chute de pression. Les tests d'allergie ne prédisent pas qui souffrira d'un syndrome de l'homme rouge lors de la prise de vancomycine.⁷ La rapidité de l'infusion (1 000 mg en 1 heure ou moins) est la cause du problème. Prolonger l'infusion de la même dose sur une période de 2 heures, parfois associé à la prise de diphenhydramine, fait disparaître cette réaction.

La polymyxine B : antibiotique donnant souvent une réaction pseudo-allergique lorsqu'utilisé par voie intraveineuse. De nos jours, il est rarement utilisé en intraveineux à cause surtout de sa néphrotoxicité.

Les diamidines : la pentamidine, la stilbamidine et la promanidine sont fréquemment responsables de réactions pseudo-allergiques lorsqu'utilisées par voie intraveineuse.⁸ Les symptômes sont un érythème facial, du prurit, de la tachycardie, une syncope, de la nausée, et de l'hypotension.

Les opiacés

Un jeune homme âgé de 20 ans se fracture une côte en recevant une rondelle sur le thorax en jouant au hockey. À cause de la douleur intense, le patient se fait prescrire de l'acétaminophène 500 mg, associé à de la codéine 30 mg pour la dose au coucher. Il

Les pseudo-allergies

contracte une urticaire diffuse dans les 20 minutes suivant la prise orale d'acétaminophène-30, mais pas après les prises d'acétaminophène seul, et cette urticaire dure environ 1 heure. Cette réaction récidive le soir suivant.

Les agents paucibasiques, tels les opiacés, sont souvent responsables de réactions pseudo-allergiques, dont la réaction cutanée de papule et d'érythème due à la morphine.⁹ La codéine peut remplacer l'histamine comme contrôle positif dans les tests d'allergie cutanée. Elle a l'avantage sur l'histamine de vérifier la capacité des mastocytes à être dégranulés, en plus de vérifier la réponse cutanée à l'histamine libérée.

In vitro, la morphine produit une dégranulation des mastocytes cutanés, mais pas des autres mastocytes, ni des basophiles. Cependant, le fentanyl, l'oxymorphone et le naloxone n'ont pas cet effet libérateur d'histamine sur les mastocytes cutanés.

In vivo, la morphine, la codéine et la mépiridine ont des effets libérateurs d'histamine, tant en injection intradermique que par voie systémique, tandis que le fentanyl, le sufentanyl et la méthadone n'ont pas ces effets lorsqu'administrés par voie systémique.

Les autres médicaments

Le paclitaxel : Une nouvelle classe d'agents anti-tumoraux, les taxanes, est utilisée depuis une dizaine d'années. Celle-ci est associée à un véhicule, l'huile de castor polyéthylée, le cremophor EL. Cette huile favorise la libération directe d'histamine et est donc responsable des réactions pseudo-allergiques, appelées dans les ouvrages d'oncologie, une réaction d'hypersensibilité. Cette réaction est rapportée chez environ 10 % des patients. Le cremophor EL est aussi associé à la cyclosporine et à la vitamine K, et responsable des réactions pseudo-allergiques. Une prémédication, similaire à celle utilisée dans la préparation des patients ayant présenté une réaction pseudo-allergique aux produits de contraste radiologique, est utilisée d'emblée avec une nette réduction de ces réactions pseudo-allergiques.

La d-tubocurarine : des réactions histaminiques, de type pseudo-allergiques, aux relaxants musculaires de type non dépolarisants, ont été rapportées principalement avec l'atracurium, le mivacurium et la tubocurarine. Il s'agit surtout de bouffées vasomotrices, plus rarement d'hypotension et de sibillances. Cependant, de telles réactions avec des agents dépolarisants, telle la succinylcholine, sont très rares. On peut classer les relaxants musculaires avec des propriétés libératrices d'histamine dans l'ordre suivant : tubocurarine > metocurine > alcuronium, fazadanium, gallamine, succinylcholine > pancuronium.¹⁰

Les agents fortement libérateurs d'histamine ne sont plus utilisés en clinique afin d'éviter de telles réactions. Cependant, des vraies allergies, causées par les IgE, ont été rapportées avec les différents relaxants musculaires, principalement le suxaméthonium et le vécuronium.^{11,12}

La protamine : Il s'agit d'une petite protéine de 4 500 de poids moléculaire, dérivée du sperme de saumon. Elle sert à neutraliser l'effet de l'héparine et à retarder l'absorption de l'insuline.

On peut observer des réactions aiguës à l'injection intraveineuse de protamine; certaines sont légères (rash,



VIOXX®
(rofecoxib)

VIOXX® is a Coxib, a nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) indicated for the acute and chronic treatment of the signs and symptoms of osteoarthritis, the relief of pain in adults, and the treatment of primary dysmenorrhea.

®Registered Trademarks of Merck & Co., Inc. Used under license.

MERCK FROSST
Discovering today
for a better tomorrow.

MERCK FROSST CANADA LTD.
P.O. BOX 1005, POINTE-CLAIRE
DORVAL, QUEBEC H9R 4P8

PAAB

General warnings and precautions for NSAIDs should be noted when prescribing VIOXX®. Prescribing information available on request.

VOX-02-CDN-34410500-JA


Les pseudo-allergies

urticaire et augmentation transitoire de la pression de l'artère pulmonaire), d'autres graves (bronchospasme, hypotension, collapsus cardiovasculaire et décès).

Dans une étude prospective menée auprès de 243 patients qui ont subi une opération chirurgicale cardiaque, on a observé 10,7 % de réactions, dont 1,6 % étaient graves.¹³ L'incidence des réactions est 40 fois supérieure chez les diabétiques recevant une insuline avec protamine (2,9 % contre 0,07 %).¹⁴

Conclusion

Différentes classes de médicaments peuvent engendrer une réaction simulant une vraie réaction allergique déclenchée par les IgE, à la suite d'une libération d'histamine par un mécanisme mal compris. Ces réactions sont parfois dangereuses et ont même causé la mort, d'où l'importance de les reconnaître et de les prévenir.

Pour ces réactions pseudo-allergiques, une prémédication à base de corticostéroïdes et d'antihistaminiques aide souvent à abolir ou au moins à minimiser ce type de réactions, nous permettant ainsi de pouvoir utiliser ces produits lorsqu'ils sont vraiment indiqués. 

Références

1. Ditto, AM : Drug allergy. Part A: Introduction, epidemiology, classification of adverse reactions, immunochemicals basis, risk factors, evaluation of patients with suspected drug allergy, patient management considerations. Dans : Grammer, LC, Greenberger, PA : *Patterson's Allergic Diseases*. Lippincott Williams & Wilkins, 6^{ème} édition, 2002, p. 295.
2. DeSwarte, RD, Patterson, R : Drug allergy. Dans : Patterson, R, Grammer, LC, et coll. *Allergic Diseases, Diagnosis and Management*. Lippincott-Raven, 5^{ème} éd., 1997, p. 317.
3. Borish, L, Tilles, SA : Immune mechanisms of drug allergy. *Immunol Allergy Clin N Amer* 18(4):717, 1998.
4. VanArsdel, PP : Pseudo-allergic drug reactions: Introduction and general review. *Immunol Allergy Clin N Amer* 11(3):635, 1991.
5. Caron, A, Lebel, R : L'allergie à l'iode, qu'est-ce au juste? *Le médecin du Québec* 32(7):31, 1997.
6. Coakley, FV, Panicek, DM : Iodine allergy: An oyster without a pearl? *A J R* 169:951, 1997.
7. Polk, RE, Israel, D, Wang, J, et coll. : Vancomycin skin tests and prediction of "red-man syndrome" in healthy volunteers. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy* 37:2139, 1993.
8. Sands, M, Kron, MA, Brown, RB : Pentamidine: A review. *Rev Infect Dis* 7:625, 1985.
9. Lewis, T : *The Blood Vessels of the Skin and their Responses*. Shaw and Sons, éditeurs, London, 1927.
10. Bowman, WC : Non-relaxant properties of neuromuscular blocking drugs. *Br J Anaesth* 54:147, 1982.
11. Laxenaire, MC, Moneret-Vautrin, DA, Widmer, S, et coll. : Substances anesthésiques responsables de chocs anaphylactiques. Enquête multicentrique française. *Ann Fr Anesth Réanim* 9:501, 1990.
12. Laxenaire, MC, Moutn, C, Moneret-Vautrin, DA, et coll. : Drugs and other agents involved in anaphylactic shock occurring during anaesthesia. A french multicenter epidemiological inquiry. *Ann Fr Anesth Réanim* 12:91, 1992.
13. Weiler, JM, Gellhaus, MA, Carter, JG, et coll. : A prospective study of the risk of an immediate adverse reaction to protamine sulfate during cardiopulmonary bypass surgery. *J Allergy Clin Immunol* 85:713, 1990.
14. Gottschlich, GM, Graulie, GP, Georgitis, JW : Adverse reaction to protamine sulfate during cardiac surgery in diabetic and non-diabetic patients. *Ann Allergy* 61:267, 1988.

Regardez de plus près

Dans les études cliniques^{1,2,3} réalisées auprès de patients présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, les substituts de repas Slim-Fast ont permis :

- de réduire efficacement le poids corporel, en moyenne de 1 à 2 livres (de 0,5 à 1,0 kg) par semaine;
- de susciter l'amélioration des biomarqueurs de maladies attribuables à la perte de poids[†];
- de maintenir efficacement le poids corporel pendant plus de 5 ans.

Chaque portion de Slim-Fast de 230 à 260 calories apporte l'équilibre nutritionnel d'un repas sain plus 24 vitamines et minéraux essentiels.

† Diminution significative de la triglycéridémie, de la glycémie et de l'insulinémie, ainsi que de la tension artérielle (p < 0,01).

Slim-Fast
Pour une alimentation équilibrée...
Preuves à l'appui



1 Ditschuneit, H.H., et coll., *Am J Clin Nutr*; 1999; 69: 198-204.

2 Ashley J.M., et coll., *Arch Int Med* 2001; 161(13): 1599-604.

3 Rothacker-Quinn, D., *Nutrition* 2000; 16: 344-48.

Slim-Fast[®] est une marque déposée. Marques utilisées sous licence par Unilever Canada, Toronto (Ontario) M4W 3R2.