

Fait clinique
**Choc anaphylactique aux antituberculeux :
quel bilan et quelle prise en charge ?**

Anaphylactic shock due to anti-tuberculosis drugs

H. Daghfous*, H. Zaibi, F. Tritar

Service de pneumologie, pavillon C, hôpital Abderrahmen Mami, Ariana 2080, Tunisie

Reçu le 3 juillet 2013 ; accepté le 24 octobre 2013

Disponible sur Internet le 13 décembre 2013

Résumé

Le choc anaphylactique au cours du traitement antituberculeux est rare mais constitue un problème majeur et retarde la guérison de la tuberculose. Les médicaments les plus incriminés sont la streptomycine et la rifampicine.

But du travail. – Décrire l'aspect clinique, les moyens diagnostiques et les alternatives thérapeutiques du choc anaphylactique dû aux antituberculeux.

Méthodes. – Durant la période allant de 2002 à 2012, 5 cas (3 hommes et 2 femmes) de choc anaphylactique dû au traitement antituberculeux ont été colligés.

Résultats. – L'âge moyen des patients a été de 29 ans. Les délais moyens d'installation des signes d'anaphylaxie par rapport au début du traitement ont été de 18 jours (11–26 jours) et par rapport à la dernière prise médicamenteuse de 92 minutes (15–240 minutes). Tout le traitement antituberculeux a été arrêté jusqu'à amélioration clinique. L'épreuve de réintroduction des antituberculeux un par un a incriminé la rifampicine dans 2 cas, la streptomycine dans 1 cas, le pyrazinamide dans 2 cas et l'isoniazide dans 1 cas. Une désensibilisation orale ultra-rapide à l'isoniazide, à la rifampicine et au pyrazinamide a été réalisée dans 3 cas dont avec succès pour 2 cas. Une substitution de la streptomycine par l'ethambutol et du pyrazinamide par le ciprofloxacine a été indiquée dans respectivement 1 cas. Un échec de la désensibilisation à la rifampicine a été noté dans 1 cas indiquant 1 antituberculeux de deuxième ligne (ethionamide).

Conclusion. – Le choc anaphylactique est une situation préoccupante quand le médicament incriminé est une drogue de première ligne, ainsi la désensibilisation peut être une alternative thérapeutique permettant la réintroduction du médicament en cause.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Tuberculose ; Anaphylaxie ; Traitement antituberculeux ; Désensibilisation immunologique

Abstract

Background. – Anaphylactic shock during the course of treatment with anti-tuberculosis drugs is rare and becomes a major problem delaying recovery from tuberculosis. Streptomycin and rifampicin are the drugs most often involved.

Aim. – To describe the clinical aspects, diagnostic approach and management strategies in cases of anaphylactic due to an anti-tuberculosis drug.

Patients and methods. – During the period from 2002 to 2012, 5 cases (3 men and 2 women, mean age 29 years) with anaphylaxis due to an anti-tuberculosis drug were included in this study.

Results. – The mean interval between the onset of treatment and the anaphylactic reaction was 18 days (11–26 days), and the reaction began from 15 to 240 (mean 92) minutes after taking the drug. Interrupting all anti-tuberculosis treatment was necessary to define the cause of the anaphylactic reaction. Re-administration of the drug with careful monitoring showed that rifampicin was implicated in 2 cases, pyrazinamide in 2 cases, streptomycin in 1 case and isoniazid in 1 case. Ultra-rapid oral desensitization with isoniazide, rifampicin and pyrazinamide was used in 3 cases; it was successful in 2 of them. In one case, ethambutol replaced streptomycin and in another ciprofloxacin replaced pyrazinamide. In another case, desensitization to rifampicin was complicated by drug-induced fever and urticaria; in this case, ethionamide (a second-line anti-tuberculosis drug) replaced rifampicin.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hafaoua.daghfous@yahoo.fr (H. Daghfous).

Conclusion. – Anaphylactic shock is a preoccupying situation when the drug in question is a first-line drug, in which case oral desensitization can be a therapeutic alternative allowing re-introduction of the responsible drug.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Tuberculosis; Anti-tuberculosis drug; Anaphylaxis; Desensitization

1. Introduction

Les réactions d'hypersensibilité aux médicaments antituberculeux ont été rapportées dans 4 à 5 % des patients tuberculeux [1,2]. Elles constituent une situation préoccupante sur le plan diagnostique, thérapeutique et pronostique et ceci surtout en cas de polyallergie. Parmi ceux, les accidents graves aux antituberculeux imposent l'arrêt du traitement antituberculeux et retardent la guérison avec risque d'évolution vers la résistance [2].

L'incidence du choc anaphylactique aux antituberculeux qui est la manifestation la plus grave des réactions d'hypersensibilité immédiate médiées par les immunoglobulines E (IgE) est encore mal connue et souvent sous-estimée [3,4]. Des cas sporadiques sont rapportés dans la littérature.

2. But

L'objectif était de décrire l'aspect clinique, les moyens diagnostiques et les alternatives thérapeutiques du choc anaphylactique dû aux antituberculeux.

3. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans (2002–2012) ayant intéressé tous les dossiers de patients pris en charge pour tuberculose évolutive. Dans une 2^e étape, nous avons recensé les cas qui ont présenté un ou plus d'un accident grave lié aux antituberculeux qui ont nécessité l'arrêt impératif du traitement antituberculeux. Enfin parmi ces accidents graves, nous avons colligé tous les cas de choc anaphylactique dû aux antituberculeux.

4. Résultats

Durant cette période d'étude, 758 cas de tuberculose évolutive ont été pris en charge. Parmi eux, 61 patients ont présenté un ou plus d'un accident grave. Parmi ces accidents graves, nous avons ainsi conclu à un choc anaphylactique lié aux traitements antituberculeux dans 5 cas.

4.1. Caractéristiques de la population étudiée

Il s'agit de 2 femmes et 3 hommes (Tableau 1). L'âge moyen a été de 29 ans avec des extrêmes allant de 18 à 42 ans. Des antécédents pathologiques ont été rapportés dans 2 cas, il s'agit un prolactinome (patient n° 2) et d'un ulcère gastroduodénal (patient n° 3). La notion d'atopie personnelle ou familiale n'a été constatée dans aucun cas. La localisation pulmonaire a été prédominante, rapportée dans 3 cas dont 1 cas de miliaire,

suivie par la localisation ganglionnaire décrite dans 2 cas. Ailleurs, une tuberculose pleurale a été notée dans 1 cas.

Le bilan préthérapeutique a été correct dans tous les cas et les sérologies de l'hépatite B et C et VIH ont été négatives. Tous les patients ont été traités selon le protocole national de lutte contre la tuberculose (PNLT). Au cours de la phase d'attaque, le traitement antituberculeux quotidien a associé 4 antituberculeux : isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z) et streptomycine (STM) dans 4 cas et à l'éthambutol (E) à la place de la STM dans 1 cas.

4.2. Choc anaphylactique aux antituberculeux

4.2.1. Caractéristiques cliniques

Le choc anaphylactique a été précédé par des signes d'intolérance dans 4 cas (patients n° 2, 3, 4 et 5). Il s'agit de signes digestifs (vomissements et douleurs abdominales) dans 1 cas, de rash cutané et prurit dans 1 cas, de fièvre dans 3 cas et de bronchospasme associé à une rhinite dans 1 cas.

Le délai moyen d'installation des signes cliniques du choc anaphylactique par rapport au début du traitement a été de 18 jours (11–26 jours). Par contre le délai moyen d'installation du choc anaphylactique par rapport à la dernière prise médicamenteuse était de 92 minutes (15–240 minutes).

4.2.2. Prise en charge immédiate

Parallèlement au traitement classique de l'état de choc qui associe corticoïdes, adrénaline et perfusion de solution hypertonique, tout le traitement antituberculeux a été arrêté jusqu'à amélioration des constantes hémodynamiques et disparition des signes cutanés. Un antihistaminique a été prescrit dans tous les cas. Des aérosols de terbutaline ont été prescrits dans 1 cas (cas n° 4).

4.2.3. Médicaments incriminés et moyens de confirmation

Le dosage des immunoglobulines E (IgE) pratiqué chez 1 seul patient a été normal.

Seule l'épreuve de réintroduction du traitement antituberculeux un par un à un intervalle de 72 heures en absence de signes d'intolérance a permis de déterminer le médicament en cause.

Le délai moyen entre l'arrêt initial du traitement antituberculeux et la réintroduction a été de 4,8 jours (3–7 jours).

Ainsi, les antituberculeux à l'origine du choc anaphylactique ont été l'isoniazide dans 1 cas, la rifampicine dans 2 cas, le pyrazinamide dans 2 cas et la streptomycine dans 1 cas. Il s'agit d'un choc anaphylactique à un seul antituberculeux dans 3 cas (cas n° 1, 4 et 5) et à plus d'un antituberculeux dans 2 cas : isoniazide + pyrazinamide (cas n° 2), streptomycine + isoniazide (cas n° 3).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386040>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386040>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)