



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



ARTICLE ORIGINAL

Réactions d'hypersensibilité aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez l'enfant

Hypersensitivity to non-steroidal anti-inflammatory drugs in children: A review

A. Pipet^{a,*}, H. Colas^b, F. Wessel^a, A. Magnan^a

^a Plate-forme transversale d'allergologie, l'institut du thorax, CHU de Nantes, boulevard Jacques-Monod, 44093 Nantes cedex 1, France

^b Service de pédiatrie, pôle Mère-Enfant, CHU de Nantes, boulevard Jacques-Monod, 44093 Nantes cedex 1, France

Reçu le 30 avril 2012 ; accepté le 10 juillet 2012

MOTS CLÉS

Anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
Hypersensibilité médicamenteuse ;
Inhibiteurs de cyclo-oxygénases ;
Asthme ;
Aspirine

Résumé L'hypersensibilité aux AINS est un problème plus fréquemment rencontré chez l'adulte que chez l'enfant, en partie du fait de moindres indications de prescription. Il est indispensable dans ce domaine de connaître la classification des AINS aussi bien selon leur structure que leur degré de sélectivité pour les cyclo-oxygénases 2 (COX2). Les cas de véritable allergie IgE médiée sont beaucoup plus rares que les hypersensibilités immédiates non allergiques liées à l'inhibition des COX1 par les AINS. Les hypersensibilités aiguës (< 24 heures) chez l'enfant sont essentiellement cutanées, avec une prédominance d'angio-œdèmes péri-orbitaires notamment chez l'adolescent atopique. Les réactions retardées (> 24 heures) sont le plus souvent des exanthèmes maculopapuleux d'évolution bénigne. Les explorations allergologiques reposent sur l'anamnèse, primordiale, et éventuellement des tests cutanés en cas de suspicion d'allergie IgE médiée (prick-tests ± IDR) ou pour les allergies retardées (patch-tests). En cas de doute diagnostique, il ne faut pas hésiter à proposer un test de réintroduction oral sous surveillance hospitalière, plutôt que de risquer une éviction à tort de toute cette classe médicamenteuse. Le choix d'une alternative au sein des AINS en cas d'hypersensibilité avérée s'avère parfois difficile en pratique clinique et quelques exemples illustrent ce sujet.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anais.pipet@chu-nantes.fr (A. Pipet).

KEYWORDS

Non-steroidal anti-inflammatory drugs; Cyclooxygenase inhibitors; Drug hypersensitivity; Asthma; Aspirin

Summary Hypersensitivity to NSAIDs is a less frequent problem in children than in adults, maybe because they are less prescribed. It is needed to know the structural classification of NSAIDs, but overall their functional classification based on their cyclooxygenase 2 (COX-2) selectivity. Authentic IgE-mediated allergies are very rare compared to non-allergic immediate hypersensitivities, due to the inhibition of COX-1 by NSAIDs. Immediate hypersensitivities (< 24h) in children are predominantly cutaneous forms; the peri-orbital angioedema is more frequently seen in atopic teenagers. Late reactions (> 24h) are often minor, exanthema-like. Allergological work-up is based on a detailed clinical history, and sometimes cutaneous tests (prick-tests ± ID when authentic IgE-mediated reactions are suspected, and patch-tests for late reactions suspected to be lymphocyte-mediated allergies). When the diagnosis of hypersensitivity remains doubtful, it is important to perform an oral provocation test under strict medical surveillance, because avoiding the whole class of NSAIDs without any proof can be deleterious for the patient. When an immediate hypersensitivity to one or several NSAIDs is proven, the second step consists in determining a safe alternative for the patient: frequently the choice of an alternative molecule is difficult, and some clinical examples illustrate this problem.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La première description d'hypersensibilité à l'aspirine remonte à... 1902, soit trois ans après le début de la production industrielle d'aspirine par Bayer. Depuis, de nombreuses molécules sont venues agrandir cette famille des « AINS », et on connaît désormais la diversité des manifestations d'hypersensibilité à ces médicaments, dont les mécanismes ne sont pas toujours bien élucidés. De ce fait, le terme « hypersensibilité », jugé plus juste, est actuellement préféré aux anciennes dénominations de « pseudo-allergies » ou « intolérances » [1].

Épidémiologie

Les AINS représentent la deuxième classe médicamenteuse en cause dans les réactions d'hypersensibilité.

Les chiffres de prévalence publiés sont forcément approximatifs : nombreux sont les AINS disponibles en vente libre, et le nombre de sujets exposés ne peut être connu avec certitude. De plus, tous les cas d'hypersensibilité ne sont pas déclarés, encore moins explorés en service d'allergologie.

La prévalence de l'hypersensibilité à l'aspirine est estimée à 0,5–1,9% de la population générale ; ce pourcentage s'élève nettement dans certaines populations comme les asthmatiques (4,3–11%) ou les patients souffrant d'urticaire chronique (27–35%) [1]. Les publications s'intéressant spécifiquement à la population pédiatrique sont assez rares, ce problème étant rencontré moins fréquemment que chez l'adulte. Dans une revue de synthèse sur l'asthme à l'aspirine en 2004, Jenkins et al. estimaient la prévalence chez l'enfant à 5% [2]. En revanche, au sein d'une population d'enfants consultant pour suspicion d'hypersensibilité aux AINS, 4 à 28% selon les études réagissent lors d'un test de réintroduction oral [3]. Si le diagnostic se fonde sur l'histoire clinique convaincante plus ou moins test de réintroduction, le pourcentage peut s'élever à 50% [4].

Tableau 1 Classification des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) selon leur structure.

Salicyles	Aspirine
Dérivés de l'acide acétique	Indométacine, sulindac (indolés) Diclofénac
Fenamates	Acide méfénamique Acide niflumique
Propioniques	Ibuprofène, kétoprofène, naproxène, flurbiprofène, fénoprofène...
Oxicams	Piroxicam Meloxicam...
Pyrazoles	Phénylbutazone
Coxibs	Celecoxib, Etoricoxib

Le paracétamol est classé avec les AINS chez nos confrères Anglo-Saxons – « acetaminophen ».

Le sexe n'est pas un facteur de risque d'hypersensibilité aux AINS chez l'enfant ; en revanche, un âge plus élevé et un terrain atopique majorent le risque (75,3% des 81 enfants avec hypersensibilité prouvée aux AINS dans l'étude de Hasani et al. étaient atopiques) [4].

Classification des AINS

En matière d'hypersensibilité aiguë aux AINS, il est en général plus utile de connaître leur potentiel anti-COX1 que la classification basée sur les structures chimiques (Tableau 1) : en effet, les cas d'allergie IgE médiée sont rares, concernant surtout les pyrazolés (de prescription désuète en France). Pour mémoire, les AINS agissent en inhibant les cyclo-oxygénases (COX), leur action thérapeutique étant principalement liée à l'inhibition des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4170061>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4170061>

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