

Allergie aux insulines, à propos d'un cas

M.A.Ghembaza, M.S.Kendouci Tani
Service de médecine interne, CHU de Tlemcen.
Algérie

Introduction

L'allergie aux insulines est une complication rare survenant dans 5 à 10% des cas selon la littérature. Les manifestations cliniques réalisent un large spectre allant de simples formes cutanées localisées de bon pronostic aux formes systémiques avec état de choc anaphylactique pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Observation

Une femme âgée de 43 ans, diabétique connue depuis deux ans sous metformine, orientée par son ophtalmologiste pour une insulinothérapie transitoire pour une chirurgie de cataracte. La patiente a été mise sous insuline, avec une analogue lente le soir de type détemir, et deux injections d'analogues rapides de type aspart avant chaque repas. Quelques minutes après la première injection de détemir, la patiente a présenté une réaction urticarienne au niveau de l'abdomen très prurigineuse et phlycténulaire (voir figure), sans autres manifestations systémiques.

La patiente a été admise le lendemain dans notre service, des tests cutanés aux différentes insulines, humaines et analogues, ont été réalisés ; la même réaction a été reproduite aux sites d'injection des différents types d'insulines à l'exception de l'insuline lispro. Dès lors, la patiente a été mise sous multi-injections d'insuline lispro sous cutanées avec une très bonne tolérance clinique et un équilibre glycémique satisfaisant.



Réaction cutanée après injection d'insuline

Discussion

L'hypersensibilité immédiate à l'insuline a été rarement décrite dans la littérature, surtout après l'utilisation des insulines recombinantes qui sont de moins immunogènes que les insulines porcines anciennement utilisées. D'autres types sont très rarement constatés, comme l'hypersensibilité de type 3 à complexes immuns ou l'hypersensibilité retardée. L'allergie à l'insuline ne doit pas être confondue avec les états d'insulinorésistance secondaires à la production d'IgG anti-insuline. Dans la majorité des cas, l'allergie à l'insuline se présente comme une simple réaction urticarienne au site d'injection et parfois même à distance. Dans de rares cas, elle se présente plus sévèrement, prenant l'aspect d'un œdème angioneurotique ou un choc anaphylactique, avec dyspnée et hypotension, rapidement mortel nécessitant la suspension immédiate de l'insuline en cause avec un traitement symptomatique par antihistaminiques plus ou moins un traitement corticoïde de courte durée. Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, l'aspect clinique, et confirmé par les tests cutanés et le dosage des IgE spécifiques non réalisé chez notre patiente par défaut de disponibilité. Un algorithme pour le diagnostic d'allergie à l'insuline a été proposé par Jeager et al incluant la réalisation des tests intradermiques avec dosage pondéral des IgG et IgE spécifiques dans le sérum d'une part, et la détermination du temps de liaison/dissociation des anticorps neutralisants d'autre part. La prise en charge thérapeutique repose aussi bien sur un traitement symptomatique par l'utilisation d'antihistaminiques, que sur le changement d'insuline en cause, l'utilisation de perfusions sous cutanées continues d'analogue d'insuline rapide, comme l'insuline Lyspro dans le cas de notre patiente, ou encore l'utilisation de cures de désensibilisation en commençant par des doses initiales infimes de l'ordre de 0,00001 UI, puis des doses progressivement croissantes.

Conclusion

les réactions allergiques aux insulines demeurent un problème préoccupant chez le diabétique, elles nécessitent un diagnostic rapide et une prise en charge adéquate pour assuré un équilibre glycémique satisfaisant en toute innocuité.