

Letter to the editors

Sept heures pour une désensibilisation efficace et sans risque chez les patients VIH positifs intolérants au cotrimoxazole

Jalal El Benaye^{1,&}, Bekkali Nihal¹, Janah Hicham², Elhaouri Mohamed³

¹Service de Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc, ²Service de Pneumologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc, ³Service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc

[&]Corresponding author: Jalal El Benaye, Service de Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Key words: Désensibilisation, VIH positif, intolérant, cotrimoxazole

Received: 15/06/2014 - Accepted: 30/06/2014 - Published: 22/07/2014

Pan African Medical Journal. 2014; 18:238 doi:10.11604/pamj.2014.18.238.4820

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/18/238/full/>

© Jalal El Benaye et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Aux editeurs du Journal Panafricain de Médecine

Chez les sujets VIH positifs, le cotrimoxazole, largement utilisé en prophylaxie et/ou dans le traitement de certaines infections opportunistes, est responsable de la majeure partie des toxidermies. En l'absence d'alternative thérapeutique aussi efficace et disponible que moins chère, la désensibilisation reste un atout stratégique intéressant, efficace et sans danger. Nous en rapportons 5 observations ayant bénéficié d'un protocole de désensibilisation de 7 heures. Le cotrimoxazole était prescrit dans 2 cas de pneumocystose pulmonaire et dans 3 cas comme antibioprophylaxie. L'intolérance consistait en un rash maculo-papuleux prurigineux sans décollement ni atteinte muqueuse ni systémique. Un mois après la régression de l'intolérance, une réintroduction du cotrimoxazole s'est faite en milieu hospitalier sous surveillance étroite et consistait en l'administration de doses progressives du cotrimoxazole sirop pédiatrique, doublant la dose chaque heure jusqu'à dose cible 400mg/80mg, selon le protocole rapporté dans le **Tableau 1** et de prendre la pleine dose à partir du lendemain. Ce protocole devait être interrompu immédiatement si un signe de gravité apparaissait, chose qui ne s'est pas produite et nos patients continuaient à tolérer le cotrimoxazole.

La désensibilisation se définit par le passage d'un état d'hypersensibilité à un état de tolérance par l'introduction prudente de quantités croissantes d'antigène à intervalles de temps réguliers. Son efficacité dans l'hypersensibilité au cotrimoxazole n'est plus contestée et serait de l'ordre de 60 à 100% [1]. Néanmoins, son mécanisme ainsi que celui de l'intolérance au cotrimoxazole dans le cadre du VIH, restent à éclaircir. Cette dernière serait multifactorielle : génétique, métabolique, toxique et/ou immunologique [2]. Plusieurs protocoles de désensibilisation sont utilisés, tous avec une efficacité similaire. Certains travaux ont suggéré que les protocoles étalés sur plusieurs jours seraient plus efficaces que les protocoles courts [3], notion non partagée par la majorité des auteurs qui ont démontré que les protocoles courts, y compris celui en un jour, peuvent être aussi efficace à court et à long terme même chez l'enfant [4]. Bonfanti et al ont comparé la désensibilisation et la réintroduction pleine-dose du cotrimoxazole et ont conclu que les deux méthodes avaient la même efficacité [5]. Cependant, les patients ayant bénéficié d'une réintroduction pleine-dose souffriraient plus de fièvre et de céphalées [2]. La

désensibilisation serait préférée à la réintroduction pleine-dose de part son efficacité qui reste supérieure et de part sa sécurité [1].

Notre expérience rejoint les données de la littérature en ce qui concerne l'efficacité et la sécurité de la désensibilisation notamment en un jour, ce qui permettrait une meilleure surveillance et observance thérapeutique et réduirait le coût des hospitalisations.

Conflits d'intérêts

les auteurs ne déclarent aucun conflits d'intérêts

Tableaux

Tableau 1 : protocole de désensibilisation en 7 heures

Références

1. Davis CM, Shearer WT. Diagnosis and management of HIV drug hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;121(4):826-832. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Todd G. Adverse Cutaneous Drug Eruptions and HIV: a Clinician's Global Perspective. *Dermatol Clin.* 2006; 24(4):459-472. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Gompels MM, Simpson N, Snow M, Spickett G and Ong E. Desensitization to Co-trimoxazole (Trimethoprim-sulphamethoxazole) in HIV-infected Patients: Is Patch Testing a Useful Predictor of Reaction? *J infect.* 1999;38(2):111-115. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Maek-A-Nantawat W, Chantaphakul H, Ruxrungtham K. Skin reaction after desensitization : Not Predict the Outcome of Short Course Sulfa desensitization Protocol among AIDS Patients. *J Allergy Clin Immunol.* 2007; 119: S40. **PubMed** | **Google Scholar**

5. Bonfanti P, Pusterla L, Parazzini F, Libanore M, Cagni AE, Franzetti M et al. The effectiveness of desensitization versus rechallenge treatment in HIV-positive patients with previous hypersensitivity to TMP-SMX: a randomized multicentric study. *Biomed & Pharmacother.* 2000; 54(1):45-9. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

Tableau 1 : protocole de désensibilisation en 7 heures			
Heures	Dose (ml)	Dose (mg)	Observations
8H	0,1	4/0,8	Pas de réaction
9H	0,2	8/1,6	
10H	0,4	16/3,2	
11H	0,8	32/6,4	
12H	1,6	64/12,8	
13H	3,2	128/25,6	
14H	6,4	256/51,2	
15H	10	400/80	