Collège National
des Enseignants
en Chirurgie Orale
et Médecine Orale

LES ALLERGIES EN ODONTOSTOMATOLOGIE

LES ALLERGIES EN ODONTOSTOMATOLOGIE

L'allergie se définit comme une réaction de défense excessive et non désirée du système immunitaire en réponse à des substances normalement inoffensives (allergènes). Avant que la réaction allergique ne se manifeste, un premier contact avec l'allergène au cours duquel une sensibilisation s'opère, est nécessaire.
20% de la population présente des réactions allergiques. Les manifestations des allergies peuvent être cutanéomuqueuse, respiratoire ou cardia-circulatoire.
En chirurgie dentaire les allergies sont de plus en plus fréquentes dues à la multiplicité de substances et de matériaux utilisés.
Ces allergies touchent les patients mais aussi les professionnels de santé. Les professionnels en santé bucco-dentaire constituent une population à haut risque car ils sont en permanence en contact avec de nombreux allergènes.
Le dentiste a un rôle important dans le dépistage des sujets à risques et dans leur prise en charge. Afin de limiter les risques liés aux allergies des patients un interrogatoire précis lors de la première consultation est nécessaire. Cela permet d'éviter toutes conséquences de notre pratique sur la santé du patient.
Il est important de signaler qu'une allergie est différente d'un effet secondaire ou d'un malaise, d'où la nécessité de bien questionner le patient.

Plan

1. Définitions

2. Allergie aux pénicillines
   - **a.** Généralités
   - **b.** Classification
   - **c.** Manifestations
   - **d.** Conduite à tenir

3. Allergie au latex
   - **a.** Prévalence
   - **b.** Facteurs favorisants
   - **c.** Allergies croisées
   - **d.** En Odontologie
   - **e.** Manifestations
   - **f.** Conduite à tenir

4. Allergie aux anesthésiques locaux
   - **a.** Etiologie
   - **b.** Allergie aux conservateurs
   - **c.** Conduite à tenir

5. Allergie aux antiseptiques et désinfectants
    a. Principales molécules allergènes
    b. Les antiseptiques dans les produits d'hygiène orale

6. Allergie à l'iode

7. Allergie aux matériaux utilisés en Odontologie
    a. Allergie aux résines acryliques
    b. Allergie aux métaux
        i. Nickel
        ii. Or
        iii. Mercure
        iv. Chrome

8. Conclusion

1. Définitions

On peut classer les allergies en 4 catégories en fonction du temps d'apparition des manifestations, du mécanisme impliqué et du type de manifestation.

- type 1 ou anaphylaxie : des allergènes se lient au anticorps des cellules immunitaires et vont provoquer une réaction immédiate et disproportionné qui libère de grande quantité de substances inflammatoires notamment l'histamine
- type 2 ou cytotoxicité : des allergènes fixés à la surface de certaines cellules sont reconnu par des anticorps et déclenchent une réaction qui aboutit à la mort cellulaire
- type 3 ou complexe immun : les allergènes et les anticorps vont former des agrégats (les complexe immuns) qui se déposent dans les tissus et les endommagent
- type 4, hypersensibilité retardée : les allergènes sont ingérés par les macrophages puis de petits fragment sont présentés à d'autres cellules immunitaire qui vont libérer des substance inflammatoire appelés cytokines.

	Temps d'apparition des manifestations	Mécanisme impliqué	Manifestations
Type 1 (anaphylaxie)	1 à 30 minutes	IgE	Détresse
Type 2 (cytotoxicité)	De quelques minutes à quelques heures	IgG, IgM	Nécrose
Type 3 (complexes immuns)	3 à 8 heures	IgG, IgM	Erythème, nécrose
Type 4 (hypersensibilité retardée)	48 à 72 heures	Cellules T	Erythème, induration, réactions lichénoïdes

L'urticaire correspond à l'apparition de papules ressemblant à des piqures de moustiques ou d'ortie, qui peuvent disparaître pour réapparaitre à d'autres endroits.

L'œdème de Quincke : gonflement des couches profondes de la peau et des muqueuses, parfois accompagné d'une rougeur.

Le bronchospasme : l'asthme est un bronchospasme, défini cliniquement comme une dyspnée (ou difficulté à respirer) sifflante, expiratoire, variable dans le temps et réversible spontanément ou sous l'effet d'un traitement.

Le choc anaphylactique est une réaction allergique exacerbée, entraînant dans la plupart des cas de graves conséquences et pouvant engager le pronostic vital.

2. Allergie aux pénicillines

a. Généralités

Les antibiotiques sont parmi les classes de médicaments le plus souvent impliquées dans les réactions allergiques. **En odontologie, seules quelques familles d'antibiotiques sont utilisées couramment** :

- les macrolides et apparentés ;
- les dérivés nitro-imidazolés ;
- les cyclines ;
- **les bétalactamines, en particulier les pénicillines**.

Ces dernières sont sans doute la classe d'antibiotiques la plus largement prescrite dans le monde.

Il s'agit en fait d'une toxine obtenue à partir des moisissures du genre Penicillium découverte en 1928 par le Britannique Alexander Fleming. **Elle est utilisée dans le traitement d'infections bactériennes, principalement contre les Bactéries à Gram positif**. Les pénicillines agissent sur la paroi cellulaire de certaines bactéries, empêchant ainsi leur prolifération et provoquant leur destruction. La pénicilline est un antibiotique très apprécié, **car ses effets secondaires sont limités.**

b. Classification

Il existe aujourd'hui plusieurs types de pénicillines pour lutter contre les infections. Elles **se classent selon leur spectre d'action** :

- Les **pénicillines à spectre étroit** : elles regroupent la benzylpénicilline (**pénicilline G**) et la phénoxyméthylpénicilline (pénicilline V) ;
- Les **antibiotiques bêta-lactame courants qui résistent à la pénicillinase**, comprenant la dicloxacilline, la flucloxacilline, la méticilline ;
- Les **pénicillines à spectre moyen** comprenant **l'amoxicilline** et l'ampicilline ;
- Les **pénicillines à spectre large**, comprenant **l'augmentin** (association de l'amoxicilline et de l'acide clavulanique)
- Les pénicillines à spectre étendu, comprenant l'azlocilline, la carbénicilline, la pipéracilline et la ticarcilline.

c. Manifestations

Les pénicillines sont la classe d'AB la plus souvent responsable de manifestations allergiques. Il s'agit également du médicament responsable des réactions allergiques les plus graves, comme le choc anaphylactique. Aux Etats-Unis, près de 75% des chocs anaphylactiques seraient d'ailleurs dus à la prise d'une pénicilline.

On retrouve des **allergies bénignes** se manifestant de façon retardée et des **allergies plus graves** qui apparaissent quasi immédiatement.

Il faut de méfier des réactions croisées aux céphalosporines. En effet, les céphalosporines possèdent dans leur structure un noyau bêtalactame qui sont également cause de réaction allergique. Chez les patients ayant une allergie à la pénicilline, l'administration de céphalosporine doit donc être considérée comme à risque et contre-indiquée.

- **L'allergie à la pénicilline est trop souvent évoquée à tort.** En effet, une étude a montré que seules 20% des personnes se croyant allergique à la pénicilline l'étaient en réalité (tests cutanés positifs). L'apparition de boutons est fréquente lorsqu'on prend des antibiotiques. Mais la présence de boutons ne veut pas forcément dire allergie.
- **S'il y a suspicion d'allergie il faut vite rechercher la durée entre la prise des AB et l'apparition des symptômes.**
- Il est important d'authentifier l'allergie à la pénicilline par des tests cutanés pour ne pas se priver d'un antibiotique efficace.

d. Conduite à tenir

Cette allergie au médicament se déclare dans les 12 à 24h pour les urticaires, mais les réactions graves telles que l'œdème de Quincke et le choc anaphylactique surviennent dans l'heure.

- Si allergie pénicilline : pas d'amoxicilline→ clindamycine (voir recommandation afssaps)

Il est important d'authentifier l'allergie à la pénicilline par des tests cutanés (chez l'allergologue) pour ne pas se priver d'un AB efficace.

Le traitement de l'allergie à la pénicilline dépend de la réaction allergique et lorsque l'allergie à la pénicilline est authentifiée, une éviction de toute la classe des pénicillines s'impose.

3. Allergie au latex

Le latex est une substance naturelle issue de la sève de l'arbre Hevea brasiliensis. Sa composition chimique varie en fonction de divers paramètres (géographiques, saisonniers, climatiques). Il est composé de 65 % d'eau et de 33 % de polyisoprènes (caoutchouc). Grâce à ce mélange, le latex est doté de nombreuses qualités (élasticité, résistance, adhésivité...). Il entre dans la composition de nombreux objets d'usage courant dans le domaine médical, en particulier les gants médicaux.

La première description de l'allergie au latex a été faite en 1926. Avant 1980, ce type d'allergie était anecdotique. Dans les années 90, avec la généralisation du port des gants d'examen liée au développement de l'infection à VIH, on a observé une augmentation de la sensibilisation. Depuis avril 1997, l'allergie au latex est reconnue en France comme maladie professionnelle.

a. Prévalence

D'autres études ont souligné la forte prévalence de l'allergie au latex, celle-ci est 3 à 3,5 fois plus élevée chez les professionnels de la santé que dans la population générale.
Selon des études récentes, la prévalence de la sensibilisation au latex est de 2 % dans la population générale alors que chez les professionnels de la santé, elle est de 2,8 à 16,9 %.
Ainsi, dans l'ordre, les catégories de patients à haut risque sont :

- Les employés de manufactures d'objets en latex ;
- Les patients ayant de nombreux antécédents chirurgicaux ou de fréquents sondages vésicaux et les enfants atteints d'une spina bifida ;
- Les professionnels de la santé et les techniciens de surface.

Le latex pur ne semble pas être allergénique, mais il le deviendrait au cours des diverses réactions chimiques nécessaires à sa transformation en caoutchouc.
Les protéines du latex représentent la fraction allergénique, telles que l'héveine. Des études ont montré que 13 allergènes étaient incriminés.
Et c'est la nature hydrosoluble des allergènes protéiques qui expliquerait le caractère plus sévère des manifestations cliniques (choc anaphylactique) survenant à la suite de contacts latex-muqueuse.
Par ailleurs, les protéines contenues dans le latex naturel ne sont pas les seules à pouvoir déclencher des réactions allergiques. Il y a aussi les différents additifs entrant dans la fabrication du caoutchouc (conservateurs et antioxydants) et les agents glissants (talc et poudre d'amidon).

b. Facteurs favorisants

L'allergie au latex est fréquemment retrouvée chez les patients multi-opérés. Les enfants ayant un spina bifida ont une susceptibilité particulière et sont considérés à risque élevé en raison de leur exposition répétée au latex pendant le développement de leur système immunitaire. Etre exposé précocement et fréquemment au latex sont donc des facteurs favorisants l'allergie.
Le terrain atopique entre aussi en jeu. En effet dans 30 à 50 % des cas, il y a association d'un terrain atopique avec l'allergie au latex. Une étude a démontré que les infirmières possédant un terrain atopique avaient une probabilité de sensibilisation au latex atteignant 70 %.

De plus, les lavages répétés des mains ainsi que l'utilisation des antiseptiques par les professionnels de la santé fragilisent la barrière cutanée, favorisant ainsi la pénétration des antigènes.

c. Allergies croisées

L'existence d'allergies alimentaires croisées (avocats, bananes, kiwis, châtaignes, ananas, fraises, amandes, tomates) avec l'allergie au latex a souvent été relevée avec une fréquence de 41 à 75 %.

La possibilité d'une réactivité croisée avec la gutta-percha constitue un autre sujet de débat. La gutta-percha est presque structurellement identique au latex et provient d'arbres de la même famille botanique, mais la réactivité croisée n'a pas été clairement établie.

Enfin, dans 50 % des cas d'allergie au latex, on retrouve une allergie médicamenteuse.

d. En odontologie

Des études mettent bien en évidence le rôle déclenchant des gants ainsi que le caractère excessivement dangereux des contacts directs latex-muqueuses s'expliquant par la riche vascularisation des muqueuses et la faible épaisseur de l'épithélium.
Les soins bucco-dentaires et stomatologiques sont donc à haut risque s'ils concernent la muqueuse et qu'ils comprennent des interventions chirurgicales.
Les matériaux en chirurgie dentaire contenant du latex sont les gants, les gouttières et la digue
Il existe un risque lié aux carpules d'anesthésie pour les patients qui présentent une hypersensibilité au latex connue. Ces carpules contiennent un diaphragme en latex : elles pourraient donc constituer une source d'exposition au latex. Mais le risque d'allergie lié aux carpules reste très faible.

e. Manifestations

Le port de gants constitue le facteur déclenchant des réactions allergiques. Il serait responsable de 10 % des chocs anaphylactiques.
Les manifestations allergiques apparaissent au cours de soins dentaires et elles sont soit :

- Locales : à type urticaire de contact ou œdème des lèvres et des joues

- Loco-régionales : à type de rhinite, de toux ou d'œdème de Quincke
- Générales : une urticaire généralisée, une respiration sifflante ou un choc anaphylactique

f. Conduite à tenir

- Appel à l'allergologue : oui (Prick test)
- Prescription d'antihistaminiques nécessaire : même si vous n'utilisez pas de latex possibilité de présence dans l'air ambiant : Hydroxizine 100mg 1 h av
- Utiliser des gants en nitrile
- Digues sans latex
- Pas de traitement le meilleur traitement est d'éviter les expositions.

4. Allergie aux anesthésiques locaux

a. Etiologie

Les accidents allergiques causés par les agents anesthésiques sont **rares** : on estime que **0,7 %** des réaction anaphylactiques sont engendrées par des anesthésiques locaux.

Certaines molécules sont plus allergisantes que d'autres :

- Les **amino-esters** (procaïne, tetracaïne, aptocaïne) ont été identifiés comme pouvant être allergisants.
- Les **amino-amides** (articaïne) sont peu susceptibles de provoquer une réaction allergique.
- Seulement une dizaine de cas d'allergies à la **lidocaïne** ont été relevés dans la littérature. Son potentiel allergisant est mis en cause par certains auteurs.

Le plus souvent, les signes d'une mauvaise tolérance à l'anesthésie locale sont provoqués par :

- Réponse exagérée du **Système Nerveux Autonome** entrainant un malaise pouvant aller jusqu'à la syncope vagale.
- **Intolérance à l'adrénaline**
- Toxicité systémique suite à une **injection intra-vasculaire**
- **Allergies aux excipients** dans la préparation injectable : les conservateurs.

Ainsi, l'allergie vraie aux agents anesthésiques reste rare. L'apparition d'un œdème de Quincke ou la survenue d'un choc anaphylactique sont possibles, il s'agit d'une urgence vitale.

b. Allergies aux conservateurs

Les bisulfites : on les retrouve dans les solutions pour injection qui contiennent de l'adrénaline. Il s'agit d'un antioxydant permettant la conservation du vaso-constricteur.
Dans cette situation, **l'anamnèse est importante.**
On peut chercher à savoir si le patient présente des signes d'intolérance au vin blanc, rosé, champagne : ils contiennent des sulfites.
Les sulfites sont aussi utilisés comme additifs alimentaires (conservateurs E220/E228) ; d'où l'intérêt de questionner le patient pour chercher des réactions croisées.

Parabène : il s'agit d'un conservateur potentiellement allergisant. Il existe des préparations injectables sans parabène si besoin.

c. Conduite à tenir

Lorsqu'on est en présence d'un patient qui a pu montrer des signes d'allergies à l'anesthésie locale, il est souhaitable de le diriger vers un allergologue.
Les tests permettront de **déterminer l'agent causal**. L'allergie, si elle est avérée, peut être due à un conservateur par exemple, et non pas à la molécule anesthésiante.

Ainsi, faire appel à l'allergologue peut permettre de **lever ou confirmer une contre-indication** à l'anesthésie locale.

Des patients peuvent se présenter comme étant allergiques à l'anesthésie. Il conviendra de :

- Bien se renseigner auprès de lui.
- Insister sur l'anamnèse, les symptômes.
- Identifier les autres causes de mauvaise tolérance.
- Le diriger vers un allergologue si ce n'est pas déjà fait.

En cas de réelle urgence: chez les personnes présentant des facteurs de prédisposition aux allergies il est recommandé de privilégier les préparations anesthésiques sans adrénaline et donc sans bisulfite :

- Lidocaïne sans conservateur + Hydroxizine 100mg 1h avant

En cas de survenue d'une réaction allergique lors de l'AL, le chirurgien-dentiste doit prendre en charge les symptômes par un traitement adapté aux symptômes observes:

- Traitement anti histaminique par voie orale
- médicaments corticoïdes par voie orale
- une administration d'adrénaline par voie veineuse ou sous-cutanée en cas de choc anaphylactique.

5. Allergie aux antiseptiques et désinfectants

Ces produits sont utilisés lors des opérations de désinfection des locaux (surfaces et sols) et du matériel médical (désinfection par trempage des dispositifs médicaux), ils sont également utilisés chez les patients pour l'antisepsie de la peau saine et des plaies. L'objectif est de limiter au maximum le risque de transmissions croisées des germes entre les patients et donc réduire les infections nosocomiales.
La plupart de ces produits sont corrosifs, sensibilisants, et peuvent provoquer des affections cutanées invalidantes pour le personnel exposé. La fréquence des allergies aux produits désinfectants et antiseptiques a augmenté ces dernières années.

a. Principales molécules allergènes

Les aldéhydes constituent le premier groupe d'allergènes chez le personnel de santé. Ce sont principalement le formaldéhyde, le glutaraldéhyde et le glyoxal Ils sont très utilisés pour la désinfection terminale, la désinfection des sols, des surfaces et des systèmes d'aspiration. Ils entrent également dans la composition des fixateurs de films radiologiques. Les infirmières et les assistantes dentaires sont les plus sensibilisées essentiellement au glutaraldéhyde et au glyoxal. Différentes formes cliniques peuvent être rencontrées avec les allergies aux aldéhydes. Il s'agit d'ulcérations caustiques, d'eczémas ou d'urticaires de contact mais aussi de dermatites de contact aéroportées lorsque ces produits sont utilisés sous forme de spray. Les manifestations allergiques respiratoires sont plus rares, toutefois plusieurs cas de rhinite et d'asthme ont été notés chez le personnel développant des clichés radiographiques.

Les ammoniums quaternaires sont des produits de plus en plus utilisés en milieu de soins pour la désinfection des surfaces, des instruments et aussi l'antisepsie de la peau. Durant ces dernières années, de nombreux cas d'irritation et d'allergie de contact ont été signalés lors de la manipulation des ammoniums quaternaires parmi lesquels le bromure de lauryldiméthyl-benzylammonium, le bromure de cétrimonium. Des cas d'allergie ont été rapportés chez les infirmières et les assistantes dentaires pour ce dernier avec un taux de sensibilisation très élevé.

Enfin, **l'alcool éthylique et l'alcool isopropylique** sont largement utilisés comme antiseptiques (alcool à 70 %) mais aussi comme désinfectants. Le plus utilisé est l'alcool éthylique. En applications répétées, il exerce un effet desséchant et une action tannante, son pouvoir allergisant est extrêmement faible mais sa nature organique favorise la pénétration des allergènes

b. Les antiseptiques dans les produits d'hygiène orale

Certains antiseptiques allergisants sont utilisés comme conservateurs dans les dentifrices et les produits d'hygiène buccale en particulier l'hexamidine, la chlorhexidine, l'iode et le chlorure de benzalkonium.

L'hypersensibilité à la chlorhexidine est rare, mais son potentiel à provoquer un choc anaphylactique est probablement sous-estimé. L'allergie immédiate à la chlorhexidine est médiée par les IgE : elle peut être grave lors d'une exposition muqueuse. Plus de 30 cas de choc anaphylactique à ce produit ont été rapportés, la plupart par des auteurs japonais. Une revue de littérature réalisée par une équipe scandinave rappelle à tous les cliniciens le risque important de cet antiseptique employé couramment. Cette incidence

étant variable selon les pays. Les manifestations peuvent aller d'une simple dermatite de contact à une réaction anaphylactique.

6. Allergie à l'iode

L'iode, actuellement très utilisé dans les antiseptiques et désinfectants, peut être en solution alcoolique (teinture d'iode : soluté alcoolique à 5 % ; alcool iodé à 2 % dans de l'alcool à 70 %) ou combiné (iodophore : l'iode est combiné à un agent organique, comme la polyvinylpyrrolidone, qui le libère progressivement). Il peut induire des réactions de type urticaire ou eczéma de contact. Ces allergies souvent évoquées, sont secondaires à des réactions à la povidone sans lien avec l'iode. **L'allergie à l'iode n'existe pas.**

Conduite à tenir :

- Appel allergologue : NON.
- Utiliser un autre antiseptique comme la chlorexhidine à la place de la bétadine (pas d'allergie à l'iode mais à la povidone iodée).

7. Allergie aux matériaux utilisés en Odontologie

La muqueuse buccale est richement vascularisée, il y aura donc une dispersion rapide de l'allergène. De plus, on retrouve peu de cellule de Langerhans, or ces cellules sont la principale cible des allergènes de contact. On rappelle que les cellules de Langerhans sont des cellules dendritiques de l'épiderme, capable de prendre en charge l'information antigénique des allergènes et d'induire une réponse lymphocytaire proliférative spécifique de l'antigène.

Enfin, la salive va permettre de diluer l'allergène et de par son ph neutre, de neutraliser les allergènes.

L'allergie de contact (type 4) est donc souvent surestimé, possible, mais physiologiquement peu probable.

a. Allergie aux résines acryliques

Les résines acryliques sont des résines thermoplastiques utilisées dans le milieu médical et paramédical. Ces acrylates sont le méthylméthacrylate, le triéthylène glycol diméthacrylate, l'éthylène glycol diméthacrylate et l'éthylène métacrylate.

Les chirurgiens-dentistes et surtout les techniciens de laboratoire de prothèses utilisent quotidiennement et presque en permanence des colles, des ciments, et du matériel de prothèse à base de résine acrylique. Il en résulte des cas de plus en plus nombreux de dermatites de contact aiguës qui répondent la plupart du temps à un mécanisme allergique plutôt que d'irritation. Les agents étiologiques seraient les agents durcisseurs des résines qui pourraient provoquer des stomatites de contact. Les lésions cutanées consistent en d'importantes pulpites souvent chroniques des pouces et des index ou des dermatites kératosiques, fissurées, très douloureuses.

La stomatite allergique au méthacrylate de méthyle est caractérisée par un érythème diffus, un œdème et quelquefois de petites érosions ou vésicules localisées aux zones de contact avec la prothèse. Les patients se plaignent de brûlures intenses dans la cavité buccale et cette réaction peut s'étendre aux régions qui ne sont pas en contact direct avec la prothèse.

Si elle est bien polymérisée, la résine est inerte et ne relargue plus de constituants. Seuls les patients diabétiques peuvent produire de l'acétone pouvant dénaturer la résine avec relargage de monomères. Enfin, les colorants (roses) présents dans la résine sont les plus susceptibles d'être allergisants. Dans ce cas, il est possible d'utiliser de la résine sans colorant, en tout cas au niveau de l'intrados prothétique.

b. Allergie aux métaux

En odontologie, divers métaux sont utilisés dans la confection des prothèses, des produits d'obturation ou des instruments parmi lesquels le mercure, le nickel, le chrome le cobalt et l'or. Ils sont souvent décrits comme responsables d'allergies. Il s'agit plus souvent de bi-métallisme.

Ces métaux induisent essentiellement **des stomatites allergiques de contact** donnant des **lésions érythémateuses, érosives ou lichénoïdes.**

i. Le nickel

Le nickel (retrouvé dans certaines couronnes métalliques) vient en tête des métaux allergisants. La manifestation la plus courante est la dermatite de contact.
A savoir que la sensibilisation de contact (phase silencieuse précèdent la manifestation clinique) au nickel et à ses sels serait professionnelle dans 20 % des cas. Il est l'allergène le plus fréquemment rencontré chez la femme avec une fréquence de 10 à 12 %.
NB : une forme hyperplasique de la muqueuse gingivale induite par ce métal a été également rapportée (rare).

ii. L'or

Certaines prothèses fixes peuvent contenir de l'or. Cet allergène est actuellement placé en deuxième position après le nickel. L'allergie à l'or réalise généralement **des stomatites lichénoïdes**.

Dezfoulian et al. ont rapporté un cas d'allergie à l'or se manifestant par des ulcérations et des douleurs buccales à type de brûlures. Par ailleurs, une étude portant sur 102 patients a été réalisée à la Faculté de Chirurgie dentaire de Malmo (Suède) : elle démontre qu'il y a bien une corrélation entre la quantité d'or présente dans la cavité buccale et la fréquence des allergies rapportées.

iii. Le mercure

On retrouve le mercure en chirurgie buccodentaire exclusivement dans les amalgames.

L'allergie au mercure se traduit par des manifestations cliniques diverses qui font suite au contact ou à l'inhalation. Les réactions allergiques sont sévères et réalisent une **éruption prurigineuse** *(démangeaison)* **en nappes maculo-papuleuses**.

iv. Le chrome

L'allergie au chrome (retrouvé dans certaines couronnes métalliques) est devenue moins fréquente, elle se traduit par des **ulcérations douloureuses, qui cicatrisent lentement, ou des dermatites de type eczéma**.

NB : Le port de gants de latex ne protège pas contre les contacts avec les métaux et seuls les gants en matière plastique (nylon ou polychlorure de vinyle « PVC ») seraient efficaces.

8. Conclusion

Les réactions allergiques en odonto-stomatologie concernent majoritairement l'utilisation de de certains médicaments (avec en chef de file les pénicillines) mais aussi de certaines substances ou matériaux comme le Latex.

Il est important de faire la distinction entre allergie et intolérance liées à certaines molécules, l'allergie étant une réaction exacerbée du système immunitaire et l'intolérance étant le plus souvent due à un déficit dans leur métabolisme. Les réactions allergiques ne doivent pas être confondues non plus avec les effets secondaires provoqués par certains traitements.

L'interrogatoire du patient doit être correctement réalisé afin d'identifier les patients à risque mais aussi anticiper certaines réactions croisées possibles (notamment alimentaires …)

De même, il est important de savoir identifier les réactions de type allergique car même si beaucoup se manifestent de façon retardée et minime, elles peuvent parfois être immédiates et graves. Il faut donc aussi connaitre les conduites à tenir.

Les prescriptions réalisées au cabinet dentaire doivent être réfléchies et justifiées. Dans le cas d'allergies connues à certains médicaments, il est possible d'anticiper la prise en charge en ayant recours à des prescriptions de substitution.

Enfin, travailler conjointement avec un allergologue permettra, dans les cas où il est impossible d'éviter l'utilisation d'une molécule ou d'un matériau, de trouver l'agent causal mais aussi d'écarter tout faux diagnostic.

Rédacteur : Pr Laurent Devoize

Lecteur : Pr Jacques Henri Torres

Remarque et suggestions : laurent.devoize@uca.fr