

Médicaments pouvant aggraver le terrain SHMP / PMCHS

Liste documentée à usage informatif — à discuter avec votre médecin

Attention — Cette liste n'est pas un conseil médical et ne remplace en aucun cas une consultation. Elle recense des classes médicamenteuses documentées dans la littérature scientifique pour leur effet potentiel sur les mécanismes mastocytaires et associés (syndrome d'activation mastocytaire, mastocytose, terrain SHMP/PMCHS). La sensibilité varie fortement d'une personne à l'autre — beaucoup de profils tolèrent très bien certains médicaments listés ici. **Ne jamais interrompre un traitement en cours sans avis médical.** Cette liste est fournie pour faciliter une discussion informée avec votre médecin, en particulier avant une chirurgie, une anesthésie, ou la prescription d'un nouveau traitement.

Opioides	Morphine, codéine, péthidine, hydromorphone	Dégranulation mastocytaire directe non-IgE (effet pharmacologique direct, indépendant de l'allergie). Le fentanyl et la buprénorphine sont généralement mieux tolérés.	Élevé
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Ibuprofène, aspirine, kétorolac, naproxène	Inhibition de la cyclo-oxygénase 1 (COX-1), détournant le métabolisme de l'acide arachidonique vers la voie des leucotriènes — peut aggraver le phénotype leucotriène. Paradoxalement, l'aspirine à faible dose est utilisée comme stabilisateur chez certains profils prostaglandines, sous surveillance médicale stricte.	Variable
Vancomycine (IV)	Forme intraveineuse uniquement — la forme orale est généralement bien tolérée	« Red Man Syndrome » — libération directe d'histamine indépendante de l'IgE, liée à la vitesse de perfusion.	Élevé
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine, lévofloxacine, moxifloxacine	Interférence documentée avec les enzymes de dégradation de l'histamine (diamine oxydase, DAO) et activation mastocytaire directe rapportée.	Modéré
Bêta-lactamines	Amoxicilline et dérivés de la pénicilline	Hypersensibilité non-allergique documentée chez les patients porteurs d'un terrain mastocytaire ; risque accru rapporté en mastocytose systémique.	Modéré
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IECA)	Lisinopril, énalapril, ramipril	Augmentation des taux de bradykinine, un médiateur qui active les mastocytes et peut aggraver l'angioedème.	Modéré
Bêta-bloquants	Propranolol, métoprolol, aténolol	Abaissent le seuil d'activation mastocytaire et peuvent réduire l'efficacité de l'adrénaline en cas de réaction anaphylactique aiguë — point de vigilance important si une trousse d'urgence est prescrite.	Modéré
Curares / agents bloquants neuromusculaires	Atracurium, succinylcholine	Libération d'histamine documentée lors de l'anesthésie générale. Le vécuronium et le pancuronium sont généralement mieux tolérés — à signaler systématiquement à l'anesthésiste.	Élevé
Anesthésiques locaux de type ester	Benzocaïne, procaïne, tétracaïne, chloroprocaïne	Déclencheurs documentés de dégranulation. La lidocaïne et les autres anesthésiques de type amide sont généralement bien tolérés et constituent une alternative à privilégier.	Modéré

Produits de contraste iodés	Produits injectés lors d'examens d'imagerie (scanner, angiographie)	Activation mastocytaire non-IgE rapportée lors de l'injection ; une prémédication peut être envisagée avec l'équipe médicale en cas d'antécédent de réaction.	Modéré
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Oméprazole, lansoprazole, ésoméprazole	Interférence possible avec la dégradation enzymatique de l'histamine (DAO), pouvant augmenter la charge histaminique fonctionnelle chez certains profils.	Variable
Relaxants musculaires centraux	Certains myorelaxants à action centrale	Rapportés comme déclencheurs chez certains profils, souvent via les excipients de la formulation plutôt que la molécule active elle-même.	Variable
Alcool (présent comme excipient)	Solutions buvables, sirops, certaines formes galéniques liquides	Cofacteur connu de dégranulation mastocytaire, indépendamment de la molécule active du médicament.	Modéré

Sources documentaires

Cette liste s'appuie sur les ressources documentaires suivantes : *The Mast Cell Disease Society (TMS)*, « Symptoms and Triggers of Mast Cell Activation » et « Treatments » ; *Mast Cell Action (Royaume-Uni)*, « Management » et « Managing MCAS » ; *AAAAI Mast Cell Disorders Committee Work Group Report (Weiler et al., J Allergy Clin Immunol, 2019)* ; *Castells & Butterfield*, « Mast Cell Activation Syndrome and Mastocytosis: Initial Treatment Options and Long-Term Management » (*J Allergy Clin Immunol Pract*, 2019) ; revue « Challenges in Drug and Hymenoptera Venom Hypersensitivity Diagnosis and Management in Mastocytosis » (*PMC10814166*) ; *Dr Bruce Hoffman*, « Mast Cell Activation Syndrome and Excipients » ; *MCAS UK*, « Treatment of Mast Cell Activation Syndrome explained ».