

Allergie au latex : où en est-on en 2025 ?

L'allergie au latex se manifeste sous différents tableaux cliniques selon le mécanisme en cause (irritation cutanée, réaction d'hypersensibilité immédiate ou retardée). Si sa fréquence tend à diminuer, principalement grâce à l'abandon progressif des gants en latex poudrés, certaines populations demeurent à risque. De nouvelles recos prévention sont parues cette année.

Le latex naturel est principalement extrait de la sève de l'arbre *Hevea brasiliensis*, cultivé dans les régions tropicales. On le retrouve dans des dispositifs médicaux, notamment les gants, les cathéters, les sondes et les élastiques, mais aussi dans de nombreux objets du quotidien (encadré 1).

Épidémiologie et facteurs de risques

Les populations les plus exposées **sont les professionnels de santé**, en raison d'un contact répété avec le matériel médical contenant du latex. **Mais la suppression des gants poudrés** a entraîné une nette réduction de la sensibilisation au latex chez les soignants, qui est passée de 14,1 à 4,5 %. En Afrique, elle varie entre 9,7 et 12,4 % selon les études.

La prévalence des accidents allergiques périopératoires liés au latex est estimée à 27 % dans la population pédiatrique. Parmi les facteurs de risques, **l'atopie et l'eczéma** des mains jouent un rôle important, la barrière cutanée altérée facilitant la pénétration des allergènes de latex. Si dans la population générale la prévalence de la sensibilisation au latex est estimée à environ 1 %, elle peut atteindre 3 à 5 % chez les enfants atopiques.

Les patients ayant subi plus de cinq interventions chirurgicales ont une probabilité significativement plus élevée de réaction au latex. Il en est de même pour les enfants atteints de spina bifida (prévalence de 26 à 47,9 %). Les enfants porteurs de malformations nécessitant des chirurgies multiples ont aussi un risque accru : anomalies cloacales, malformations congénitales telles que l'atrésie œsophagienne, la gastroschisis et l'omphalocèle.

D'autres métiers en dehors du secteur médical peuvent être concernés : coiffeurs, esthéticiennes, agents d'entretien, travailleurs de l'industrie du caoutchouc... en raison de la manipulation régulière de produits susceptibles de contenir du latex. Cette exposition répétée peut favoriser une sensibilisation, d'où l'importance d'une vigilance adaptée dans ces milieux professionnels.

Modes de contact

Les **voies d'exposition au latex** susceptibles d'induire des réactions allergiques sont :

- contact cutané, surtout si peau lésée ou irritée ;
- exposition par les muqueuses (préservatif, intervention chirurgicale) ;
- contamination indirecte *via* la consommation d'aliments manipulés par des personnes utilisant des gants en latex ;
- exposition aéroportée : inhalation de particules d'amidon de maïs issues des gants poudrés, poussières de pneus présentes à proximité des routes ;
- sensibilisation croisée avec certains aliments.

Les allergènes du latex d'hévéa sont indiqués dans l'encadré 2.

Des signes cliniques variés

L'éventail des signes cliniques varie en fonction du mécanisme mis en cause (immunologique ou non).

Le latex peut provoquer des **réactions d'irritation**, se manifestant par une sécheresse cutanée locale et un érythème limité à la zone de contact.

Lorsqu'une allergie de mécanisme IgE-médié est impliquée, la symptomatologie est d'apparition immédiate : urticaire de contact (le plus souvent) isolée ou précédée d'un angioœdème, conjonctivite, rhinite, asthme ou réaction anaphylactique. Ce type d'allergie **peut apparaître très précocement**, parfois avant l'âge d'un an, notamment par le biais du contact avec tétines, de ballon de baudruche ou de dispositifs de lavage nasal contenant du latex.

La fréquence des réactions anaphylactiques en **contexte peropératoire** a nettement diminué depuis l'abandon des gants poudrés ou du latex poudré. Selon les données du GERAP, le pourcentage de chocs anaphylactiques liés au latex chez l'adulte est passée de 22,3 % en 2004 à 2 % en 2017 - 2018.

Les réactions allergiques retardées de type IV se traduisent par un eczéma de contact. Elles sont généralement dues à la présence, avec le latex, d'agents tels que les carbamates, les thiurames, le 2-mercaptobenzothiazole ou la 1,3-diphénylguanidine (substances utilisées dans la fabrication du caoutchouc).

Allergies croisées

Alimentaires

Les allergies au latex peuvent entraîner, dans 30 à 50 % des cas, des réactions croisées à **certains fruits et légumes** : avocat, papaye, fruit de la passion, mangue, ananas, banane, figue, melon, pêche, châtaigne, kiwi, tomate, pomme de terre... Ce phénomène est lié à une similitude de structure entre certaines protéines du latex naturel et celles présentes dans les végétaux. Hev b 6.02, en particulier, possède une homologie avec certaines chitinases végétales, ce qui explique la réactivité croisée avec l'avocat, la banane ou la châtaigne.

Hev b 5 peut avoir une réactivité croisée avec **certaines épices**, comme le curry. Un allergène récemment identifié dans la pêche, ENEA, a une forte similarité avec les protéines du latex (homologue dans l'abricot : Pru ar 5).

Avec d'autres végétaux

Certaines plantes d'intérieur peuvent également être impliquées dans des réactions croisées avec le latex, et notamment *Ficus benjamina* et l'étoile de Noël.¹ Leur manipulation ou leur proximité peut provoquer des symptômes chez les personnes sensibilisées.

Faire le diagnostic

Allergie IgE-médiée

Le diagnostic de l'allergie au latex IgE-médiée débute par un interrogatoire visant à préciser les circonstances de déclenchement des symptômes, leur chronologie et les éventuels facteurs favorisants.

En cas de suspicion : *prick-test* avec un gant en latex puis dosage des IgE anti latex avec Hev b 5 (k 82), mais sa sensibilité est estimée entre 70 et 80 %. D'autres IgE spécifiques sont disponibles, mais ne sont pas des prescriptions systématiques. Pour rappel, la nomenclature des prescriptions de dosages IgE spécifiques autorise **un seul IgE anti-latex** sur une même ordonnance. Pour les professionnels de santé, les dosages pertinents sont IgE anti Hev b 5 et Hev b 6.02. Chez les patients atteints de spina bifida : anti Hev b 1, Hev b 3 et Hev b 5. Cependant, le dosage des IgE spécifiques aux allergènes recombinants du latex ne relève pas de la pratique courante en médecine générale.

En cas de suspicion d'allergie croisée avec certains aliments, notamment la banane, la châtaigne ou l'avocat, le dosage des IgE anti Hev b 6.02 est possible.

Enfin, le test de provocation au latex est réservé au cas où il y a discordance entre les manifestations cliniques et les résultats des tests (à réaliser uniquement en milieu hospitalier). Un gant en latex est posé sur un doigt du patient pendant 15 minutes à 2 heures. En l'absence de réaction, il est posé sur une main (l'autre main est recouverte d'un gant en vinyle ou en nitrile, servant de témoin). Le test est considéré comme positif devant des signes cliniques cutanés ou respiratoires.

Eczéma de contact

En cas de suspicions d'eczéma de contact lié au latex, qu'il soit naturel ou industriel, des *patch-tests* sont indiqués (batterie standard européenne éventuellement complétée par la batterie caoutchoucs). Un test spécifique au latex peut être effectué en appliquant un morceau de gant en latex naturel ou industriel directement sur la peau, afin d'évaluer la réaction cutanée au contact prolongé.

Immunothérapie

Elle n'a pas encore fait ses preuves de manière significative dans ce contexte. [Une étude](#) évoque l'hypothèse (à confirmer) selon laquelle l'omalizumab, déjà utilisé dans certaines indications telles que l'asthme allergique et l'urticaire chronique spontanée, pourrait réduire les symptômes liés à l'allergie au latex sévère.

Mesures de prévention

[Une étude française](#) démontre la persistance des aéroallergènes au latex dans les blocs opératoires, malgré une filtration performante de l'air et l'usage de gants non poudrés. La dose minimale d'allergènes nécessaire pour induire une réaction reste incertaine : certaines études évoquent un seuil de 0,6 ng/m³ pour des symptômes cliniques, tandis que des niveaux entre 39 et 311 ng/m³ seraient requis pour des réactions sévères, mais les méthodes utilisées pour définir ces seuils sont discutables.

Les études montrent toutefois que la concentration médiane est généralement inférieure au seuil de détection **avant l'ouverture du bloc** ; de plus, dans **un bloc ISO 5** les concentrations restent stables et nettement inférieures à celles observées dans un bloc ISO 7, où une augmentation progressive est constatée au cours de la journée.

Ainsi, selon les nouvelles recos Sfar (Société française d'anesthésie-réanimation) et SFA (Société française d'allergologie) de 2025 (encadré 3), dans la mesure du possible, les opérations chez les patients allergiques devraient être programmées en début de journée, afin de limiter leur exposition aux aéroallergènes. En cas d'intervention urgente, il faudrait préférer un bloc opératoire ISO 5.

Latex de Guayule : une solution ?

Le guayule (*Parthenium argentatum*) est une plante originaire du Mexique, connue pour sa capacité à produire un **latex naturel alternatif**, qui est pauvre en protéines et ne contient pas d'allergènes. En 2008, la FDA a ainsi reconnu ce latex comme non allergisant, permettant son utilisation dans des gants médicaux. En France, une *start-up* a récemment lancé une phase expérimentale visant à développer sa culture dans la région de Montpellier et ensuite sa production à grande échelle.

Encadre

1. Objets contenant du latex.

Objets du quotidien : gommages, ballons de baudruche, élastiques, gants de ménage, bonnets de bain, préservatifs, tétines, sucettes, colles, pneus, chambres à air, poignées de raquettes, masques de plongée, jouets souples, balles antistress, bandes de sport, tapis de souris, poignées de stylos, semelles, bouchons d'oreilles, élastiques de vêtements, lunettes de piscine, frites de piscine.

Objets médicaux : gants, sondes, garrots, bouchons de flacons, drains, pansements, cathéters, tubulures, électrodes, seringues, respirateurs, digues dentaires, tubes de drainage, brassards, tubes endotrachéaux, masques, lunettes de protection, dispositifs d'anesthésie.

Encadre

2. Allergènes du latex d'hévéa.

Quinze allergènes sont identifiés (tableau), classés en « majeurs » (reconnus par les IgE spécifiques chez plus de 50 % des patients allergiques au latex) ou « mineurs » (< 50 %). Certains sont qualifiés de majeurs ou mineurs selon la population concernée (enfants atteints de spina bifida *versus* professionnels de santé).

- Hev b 1 (14,6 kDa) : protéine localisée sur les grosses particules de caoutchouc.
- Hev b 3 (24 kDa) : protéine présente sur les petites particules de caoutchouc, elle a tendance à se fragmenter lorsque la température atteint - 20 °C.
- Hev b 5 (16 kDa) : allergène majeur impliqué chez 92 % des professionnels de santé et 56 % des patients atteints de spina bifida.
- Hev b 6, ou prohévéine, est une chitinase de classe I (20 kDa), impliquée dans la défense contre les champignons et les insectes ; elle se scinde en 2 fragments : hevein (Hev b 6.02), et Hev b 6.03, qui agissent indépendamment.

Encadre

3. Recommandations Sfar et SFA 2025 : référentiel sur le diagnostic et la prise en charge des réactions d'hypersensibilité immédiate périopératoires.

Mettre en place **une prévention primaire de la sensibilisation au latex** (environnement sans latex dans les secteurs pédiatriques, notamment chez les enfants multiopérés ou en cas de spina bifida et utilisation de gants non-poudrés) afin de réduire le risque de sensibilisation au latex.

Instaurer une politique de prévention secondaire du risque de réaction au latex chez les sujets sensibilisés, ou suspects de l'être, afin de réduire le risque de réaction d'HSI périopératoire lié au latex :

- Information de l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient du risque allergique lié au latex ;
- Environnement sans latex ;
- Programmation du patient en 1^{re} position au bloc opératoire ou dans une salle « sans latex ».

Lien des recommandations ici : <https://sfar.org/diagnostic-et-prise-en-charge-des-reactions-dhypersensibilite-immEDIATE-perioperatoires/>

Référence

1. Quéquet C. [Pourquoi ne faut-il pas offrir un poinsettia ou « étoile de Noël » à un allergique au latex ?](#) Décembre 2023.

Pour en savoir plus :

Mertes PM, Malinovsky JM, Jouffroy L, et al. [EAACI Interest Group on Drug Allergy. Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia: 2011 updated guidelines for clinical practice.](#) *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2011;21(6):442-53. PMID : 21995177.

Ly F, Mbaye I, Wone I, et al. [Allergie aux gants en latex chez les professionnels de la santé à Dakar.](#) *Ann Dermatol Venerol* 2006;133(12):971-4.

Kelly KJ, Pearson ML, Kurup VP, et al. [A cluster of anaphylactic reactions in children with spina bifida during general anesthesia : Epidemiologic features, risk factors, and latex hypersensitivity.](#) *J Allergy Clin Immunol* 1994;94(1):53-61.

Parisi CAS, Petriz NA, Busaniche JN, et al. [Prevalence of latex allergy in a population of patients diagnosed with myelomeningocele.](#) *Arch Argent Pediatr* 2016;114(1):30-5.

Sussman GL., Beezhold DH, Liss G, et al. [Latex allergy: historical perspective.](#) *Methods* 2002;27(1):3-9.

Turjanmaa K. [Incidence of immediate allergy to latex gloves in hospital personnel.](#) *Contact Derm* 1987;17(5):270-5.

Hamann CP, Kick SA, Rietschel RL. [Natural rubber latex allergy.](#) *Dermatol Clin* 1996;14(4):673-81.

Hamann CP, Turjanmaa K, Rietschel R, et al. [Natural Rubber Latex Hypersensitivity : Incidence and Prevalence of Type I Allergy in the Dental Professional.](#) *J Am Dent Assoc* 1998;129(1):43-54.

Stern G. [Überempfindlichkeit Gegen Kautschuk als Ursache von Urticaria und Quinckeschem Ödem.](#) *Klin Wochenschr* 1927;6(23):1096-7.

Yeang HY, Cheong KF, Sunderasan E, et al. [The 14.6 kd rubber elongation factor \(Hev b 1\) and 24 kd \(Hev b 3\) rubber particle proteins are recognized by IgE from patients with spina bifida and latex allergy.](#) *J Allergy Clin Immunol* 1996;98(3):628-39.

Meneses V, Parenti S, Burns H, et al. [Latex allergy guidelines for people with spina bifida.](#) *J Pediatr Rehabil Med* 2020;13(4):601-9.

Nettis E, Casella R, Incorvaia C, et al. [Secondary prevention of latex allergy](#). *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2022;22(4):250-6.

Nucera E, Aruanno A, Rizzi A, et al. [Latex Allergy : Current Status and Future Perspectives](#). *J Asthma Allergy* 2020;13:385-98.

Arasi S, Barni S, Caminiti L, et al. [Latex Allergy in Children](#). *J Clin Med* 2023;13(1):124.

Loverre T, Casella R, Miniello A, et al. [Latex Allergy – From Discovery to Component-resolved Diagnosis](#). *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets* 2023;24(5):541-8.

Lê Quang D. [Allergie au latex](#). *Allergo-Lyon* 30 mai 2024.

Aruanno A, Chini R, Nucera E. [Efficacy of omalizumab in reducing latex allergy](#). *Adv Dermatol Allergol* 2021;38(5):921-3.

Giangrieco I, Ricciardi T, Alessandri C, et al. [ENEa, a peach and apricot IgE-binding protein cross-reacting with the latex major allergen Hev b 5](#). *Mol Immunol* 2019;112:347-57.

Parisi CA, Kelly KJ, Ansotegui IJ, et al. [Update on latex allergy : New insights into an old problem](#). *World Allergy Organ J* 2021;14(8):100569.

Quéquet C. [Un latex sans allergie ? Le Guayule révolutionnerait-il le caoutchouc ?](#) *Oasis-allergies* 30 août 2025.

Tacquard C, Poirot A, Nicolini C, et al. [Latex aeroallergen pollution in the operating theatre : should latex allergic patients be scheduled first ?](#) *Br J Anaesth* 2021;127(2):e46-8.

Sfar-SFA. [Diagnostic et prise en charge des réactions d’hypersensibilité immédiate périopératoires](#). 2025.