

A propos de l'allergie à l'alpha-amylase chez le boulanger

Observation. – M. P., 23 ans, est boulanger depuis 7 ans. Il a des antécédents d'asthme de l'enfance. Depuis un an, il présente une rhinite spasmodique isolée, sans asthme, au contact de la farine. L'EFR est normale. Les prick-tests cutanés sont négatifs pour les acariens de la maison et de stockage, les six groupes de moisissures, la farine de blé, les divers pollens, la blatte et ephestia. L'alpha-amylase en prick-test donne une réponse très positive (20/40 après 20 min). Les IgE spécifiques sont de classe 0 pour *D.Pter.*, la farine et ephestia ; de classe 3 pour l'alpha amylase (= 4,4 PRU).

A la suite de cette observation, nous avons testés systématiquement à l'alpha-amylase, pendant un an, tous les boulangers se présentant à notre consultation. Sur douze patients, quatre présentent une sensibilisation effective à l'alpha-amylase ; associée dans trois de ces quatre cas, à une autre sensibilisation (acariens).

Ces chiffres n'ont aucune valeur statistique mais ils révèlent un indice de fréquence qui doit nous inciter à rechercher, chez tous les boulangers, une telle preuve, indiscutable, du caractère professionnel de leur maladie.

Les laboratoires Allerbio et Stallergènes commercialisent depuis peu ce « nouvel allergène ». Les cas observés vont probablement se multiplier... d'autant que, selon une grande minoterie française : « actuellement, il ne doit pratiquement pas exister sur le marché de farines sans alpha-amylase fongique (sauf pour les marchés à l'exportation, pour une raison de prix de revient). Le meunier, sur demande, peut fabriquer une farine sans alpha-amylase, mais cela implique un stockage et un transport à part, donc difficilement réalisables pour un ou deux clients ». Et s'ils étaient plusieurs centaines ?

N. SAXE, R. ZAEGEL
15, rue du Docteur-Maunoury
28000 CHARTRES

L'hyposensibilisation spécifique par voie perlinguale Une voie d'avenir pour l'enfant ?

A propos de 100 patients revus

Une étude critique de l'hyposensibilisation spécifique par voie perlinguale (HSP) vient d'être publiée par B. Guérin [1]. Plusieurs enquêtes récentes menées en double insu montrent l'intérêt probable de cette voie [2, 3]. Nous souhaiterions insister sur certains points à la lumière d'une expérience conduite depuis deux années de façon ouverte. Cent enfants en effet ont été revus au moins une fois.

Population

L'étude a porté sur 62 garçons et 38 filles.

L'HSP ne peut être proposée qu'à des familles et des enfants très participants et motivés.

L'âge n'est pas un obstacle. Toutefois, cette voie n'est guère utilisable en-dessous de trois ans et demi. L'adolescent est souvent peu participant.

Technique pratiquée

Il s'agit bien d'une prise perlinguale : les enfants doivent conserver l'extrait dans la bouche pendant deux minutes avant d'avaler (par exemple gouttes déposées sur un demi-morceau de sucre) tous les matins à jeun.

Nous avons utilisé les extraits Staloral en choisissant une progression très rapide :

conc. 1 IR/ml : 1, 3, 5, 7 puis 10 gouttes par jour,
10 IR/ml : même progression,

100 IR/ml : progression plus lente d'une goutte par jour pendant 10 jours.

La dose d'entretien de 10 gouttes à 100 IR/ml est ainsi atteinte en 20 jours. Elle est maintenue chaque matin pendant un mois puis deux matins par semaine en dose d'entretien. Quelle que soit la progression initiale, l'essentiel est que la dose d'entretien soit rapidement atteinte. On prévoit de maintenir cette posologie pendant quatre années.

Indications

Les indications étaient :

asthme isolé : 37 cas,
asthme + manifestations ORL : 34 cas,
manifestations ORL isolées : 29 cas.

Les deux groupes d'indications ont donc été plus ou moins associés. Cette technique nous semble particulièrement adaptée aux rhinopathies chroniques ou saisonnières.

Allergènes utilisés

Les allergènes prescrits ont été :

acariens : 75, pollen de graminées : 26, poil de chat : 26, poil de chien : 13, allergènes divers : 10 (bouleau, alternaria...).

Cinquante-trois enfants ont reçu un seul allergène, les autres en ont reçu au moins deux.

Un antihistaminique a été associé chez 45 enfants (kétotifène ou cetirizine pour la plupart).

Réactions remarquées

Chez 21 enfants sur 100 une réaction focale a été observée reproduisant le trouble fonctionnel ayant été à l'origine de l'HSP : coryza, toux, dyspnée...

Sur ces 21 enfants :

cinq ont arrêté le traitement considérant que cela représentait un échec,

douze ont pu, après quelques paliers, augmenter plus lentement les doses et atteindre la dose initialement prévue (10 gouttes à 100 IR),

quatre enfants ont dû maintenir une dose faible, toute augmentation amenant une reprise de la réaction focale.

Conclusions

Cette expérience étant « ouverte » nous nous interdisons toute estimation sur l'efficacité de la méthode.

L'HSP nous paraît néanmoins être une voie intéressante chez l'enfant si de nouvelles études en double insu en confirment la validité.

RÉFÉRENCES

1. Guérin B. – Immunothérapie orale et sublinguale. *Rev. Fr. Allergol.*, 1991, 31, 45-47.
2. Sabbah A., Le Bellin J., Hassoun B., Heulin M. – Clinical and immunological evaluation by a double blind study of sublingual immunotherapy with grass pollen. *Congress Europ. Acad. Allergol. Clin. Immunol.*, 14 mai 1992.
3. Tari G., Mancino M., Monti B. – Efficacy of sublingual immunotherapy in patients with rhinitis and asthma due to house dust mite. A double blind study. *Allergol. Immunopathol.*, 1990, 18, 277-284.

M. LELONG
Service de Pédiatrie
Centre Hospitalier
62307 LENS CEDEX

