

Note biologique

LE CRITÈRE DU FACTEUR HISTAMINO-AGGLUTINANT ET CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE DES ASTHMATIKES

E. SEROPIAN (*)

RÉSUMÉ

Le présent travail confirme que le facteur histamino-agglutinant est absent ou sensiblement réduit dans les allergies respiratoires (pollinoses) ou cutanées (urticaires).

L'association systématique de la réaction latex-histamine à l'examen clinique et à l'investigation allergologique de l'asthmatique apporte les avantages suivants : indication précieuse quant au terrain de l'asthmatique, direction à suivre en vue d'approfondir les investigations nécessaires, catégorisation plus poussée des asthmes « à étiologie inconnue ».

Les cas d'asthme avec un titre de 0 à 40 présentent généralement des anamnèses suggestives pour les exo-allergènes, avec tests cutanés et inhalatoires positifs. L'asthme infectieux ayant des valeurs identiques du T correspond, au fond à l'asthme allergique microbien.

Les cas d'asthme où le titre est de 80 ou au-delà ont souvent un déclenchement infectieux évident et des tests cutanés négatifs aux exo-allergènes. L'asthme infectieux faisant partie de cette catégorie est non allergique.

Dans les cas d'asthme associé à l'infection bronchique, situation qui obscurcit de manière temporaire l'étiologie réelle de l'affection, elle permet dès le début d'encadrer le malade dans la catégorie adéquate.

Enfin, elle nous permet de revenir de la classification récente, asthme allergique, infectieux et à étiologie inconnue, à l'ancienne classification, asthme allergique et infectieux en mentionnant que l'identification des allergènes déterminants impose parfois une temporisation.

MOTS CLES MEDLARS : Asthme * étiologie. - Histamine * utilisation diagnostique. - Tests d'agglutination.

KEYWORDS : Asthma * etiology. - Histamine * diagnostic use. - Agglutination tests.

(*) Hôpital « Dr C. Davila », Calea Grăditei 4, Bucarest (Roumanie).

La recherche d'un moyen aisé pour préciser l'étiologie de l'asthme bronchique constitue un objectif important de la pratique médicale et en particulier la confrontation des investigations de laboratoire avec l'expérience de la pratique courante.

Une investigation n'est utilisable qu'en fonction de sa valeur, de sa simplicité et de son faible coût. Dans ce but, nous avons approfondi l'étude du « facteur histamino-agglutinant » (FHA) dans la classification étiologique de l'asthme bronchique selon l'importance de certaines catégories étiologiques et de leur modalité d'identification.

L'introduction systématique de la réaction latex-histamine (RLH) pour l'exploration de l'asthme a l'avantage de déceler rapidement l'une des caractéristiques du terrain asthmatique (dépendant du facteur séro-agglutinant anti-histaminique) et de la corroborer aux données de l'étiologie allergique ou infectieuse.

Les indications concernant le terrain permettent une compréhension plus précise de l'étiopathogénie de chaque cas d'asthme, une évaluation plus exacte du pronostic et des moyens thérapeutiques nécessaires.

L'investigation dite courante ne suffit pas à résoudre le diagnostic étiologique dans tous les cas d'asthme bronchique. Il en résulte des erreurs ou des conclusions peu satisfaisantes. Ainsi reconnaître un épisode infectieux bronchique chez un asthmatique amène à soupçonner une cause infectieuse du spasme bronchique, bien que l'application soutenue du traitement anti-infectieux et anti-inflammatoire au-delà de la guérison de la bronchite ne soit pas toujours suivi de la suppression des crises asthmatiques. L'infection a masqué ici l'origine réelle de l'asthme ; chez les asthmatiques, elle prend une signification différente suivant le terrain particulier du malade.

Les travaux de DALE qui témoignent de la libération d'histamine (H) au cours de la réaction antigène-anticorps du choc anaphylactique, laissent entrevoir que la maladie allergique est caractérisée par une libération accrue de médiateurs chimique et particulièrement de l'H et par l'insuffisance des processus de détoxication.

L'insuffisante neutralisation des effets de l'H chez les sujets allergiques a été notamment démontrée par R. BENDA et D. A. URQUIA (manque de propriété histamino-protectrice naturelle chez les allergiques), par J.-L. PARROT, D. A. URQUIA et C. LABORDE (histaminopexie nulle chez les allergiques) et finalement par C. MIKOL, M. RENOUX et F. P. MERKLEN (absence de facteur sérique histamino-agglutinant chez les allergiques).

La RLH est une réaction d'agglutination entre le sérum étudié et l'histamine fixée aux particules de latex. Elle a été inspirée par la technique classique de Singer et Plotz (1956) utilisée pour mettre en évidence le facteur rhumatoïde. Nous avons employé la technique de Mikol-Renoux-Merklen, modifiée par Parrot, selon laquelle les titres (T) entre 0 et 40 se situent dans la zone anormale, alors que les titres de 80 et au-delà se situent dans la zone douteuse.

La RLH est à même d'établir le diagnostic du terrain allergique et pos-

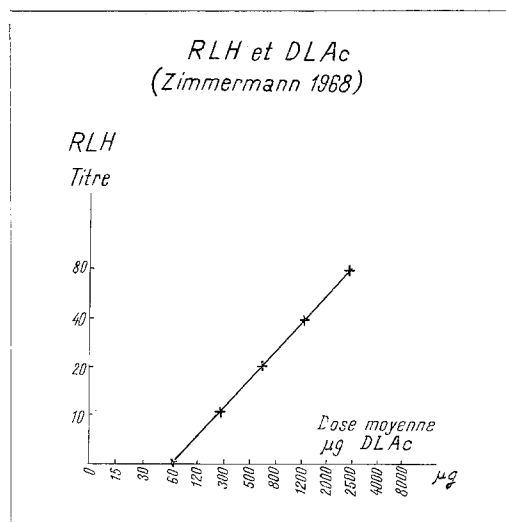


FIG. 1

sède les qualités d'un test de routine. Nous pouvons confirmer que la réaction ne se modifie guère en fonction de l'évolution de la maladie allergique. Par contre, la séro-agglutination disparaît dans certaines circonstances (insuffisance hépatique, certaines dysglobulinémies, néoplasies, leucoses, chez l'enfant de moins de 8 mois).

De même que G. ZIMMERMANN, nous avons aussi fréquemment observé une relation évidente entre la gravité de l'asthme et les T plus abaissés de la RLH (fig. 1). Les recherches de PALMA-CARLOS (1970) dans l'asthme bronchique après aérosols aux allergènes ou à l'histamine, démontrent que le spasme bronchique est d'autant plus intense que le T/RLH est réduit.

Ces données suggèrent qu'il existerait chez les asthmatiques une capacité protectrice diminuée du sérum contre les médiateurs chimiques pouvant déclencher le spasme bronchique. L'H n'est pas l'unique médiateur impliqué. De plus, l'hypersensibilité bronchique vis-à-vis de l'H peut dépendre également d'autres facteurs que l'histaminopexie, notamment du blocage bêta-adrénergique (PALMA-CARLOS).

Afin de mettre en évidence les particularités du T/RLH chez les asthmatiques, nous avons entrepris une étude comparative sur des témoins sains, non allergiques, d'une part, et sur deux groupes de sujets allergiques (pollinoses et urticaires).

Les témoins non allergiques (13 cas) présentaient des variations du T de 160 à 640, la moyenne étant de 300.

Les pollinoses (18 cas) présentaient des variations du T entre 0 et 40, en moyenne 20.

Les urticaires (9 cas) présentaient des variations du T de 0 à 40, en moyenne 20. Dans un cas d'urticaire récente (un mois) d'origine psychosomatique, le T a été de 160.

Il résulte de ceci que les allergies respiratoires et cutanées présentent un T/RLH entre 0 et 40 inclusivement, tandis que les témoins non allergiques possèdent un T de 160 à 640.

L'asthme bronchique est poly-étiologique mais l'on soutient souvent qu'il a un mécanisme unique de déclenchement. Parmi les facteurs étiologiques fondamentaux, se placent les allergènes et l'infection respiratoire.

Nos recherches sur un tel total de 92 asthmatiques ont mis en évidence un T/RLH compris entre 0 et 80 inclusivement (un seul asthmatique ayant un titre de 160), le titre moyen étant de 30.

Ces données suggèrent le fait que l'asthme bronchique se situe en général dans la zone de valeurs des maladies allergiques. Compte tenu de l'étiologie fondamentale, nous avons réparti les asthmatiques étudiés, en trois catégories : asthme allergique (AA) : 44 cas ; asthme infectieux (AI) : 34 cas ; et asthme à étiologie non identifiée (AN) : 14 cas.

Asthme allergique : dans le cadre de l'asthme allergique nous distinguons l'asthme exo-allergénique (40 cas avec un T de 0 à 40, T moyen = 15) et l'asthme allergique mixte exo- et endo-allergénique (4 cas où le T était compris entre 20 et 40, T moyen = 35). La RLH ne parvient pas à établir une distinction entre les groupes mentionnés. De même, l'on ne remarque aucune modification importante en ce qui concerne le T chez les malades avec AA non infecté (T moyen = 12) et infecté (T moyen = 18) non traité ou ayant reçu un traitement anti-inflammatoire ou anti-infectieux.

L'AA (au total 44 cas) présentait un T moyen et des valeurs extrêmes identiques à celles des pollinoses caractéristiques du terrain atopique.

Asthme infectieux : il présente des valeurs du T/RLH de 40 à 80, exceptionnellement de 160, avec un T moyen de 50 et un manque de modification du T sous l'action curative du traitement anti-inflammatoire et anti-infectieux appliqué dans 6 cas.

Le terrain où paraît l'AI peut être la zone de l'atopie ou celle de transition de l'atopie à la non atopie. Nous avons inclus dans notre casuistique d'AI (34 malades) les asthmatiques chez lesquels on a prouvé le rôle précis de l'infection respiratoire et où on n'a pu établir le rôle des exo-allergènes.

En faisant abstraction des indications des tests inhalatoires positifs aux microbes, on peut dire que l'asthme d'origine infectieuse réelle peut être classé parmi les asthmes allergiques microbiens lorsque les valeurs du T/RLH sont inférieures à 40. Un T de 80 ou supérieur signifie que l'asthme infectieux évolue sur un terrain non atopique (fig. 2). Nous proposons donc pour le diagnostic d'asthme allergique microbien, les critères objectifs suivants :

1) Rôle évident de l'infection dans le déclenchement et le maintien du bronchospasme.

2) Exclusion du rôle étiologique des exo-allergènes (par anamnèse et tests cutanés).

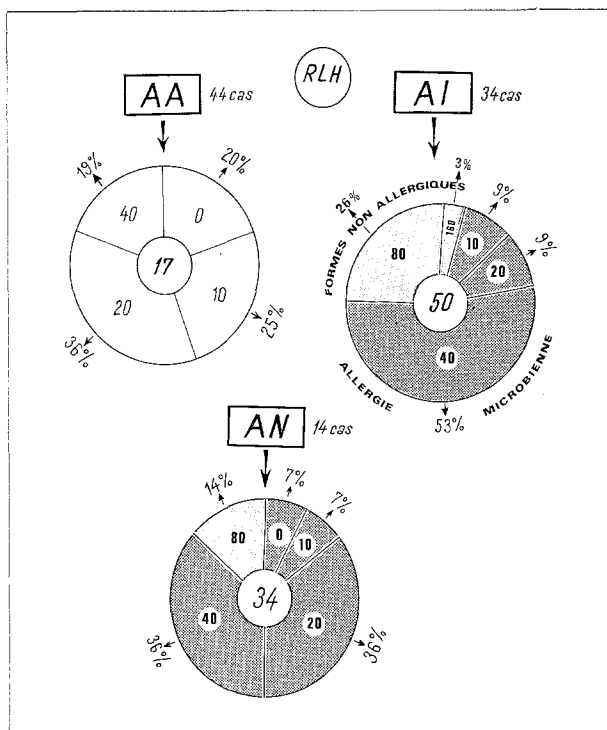


FIG. 2

3) T/RLH de 0 à 40 inclusivement.

La délimitation de l'asthme allergique microbien dans la catégorie d'AI réclame un effort thérapeutique adéquat.

Asthme à étiologie non reconnue (14 cas dont le T/RLH varie entre 0 et 80). Pour ceux dont le T est 80, l'hypothèse allergique devient discutable. Il en résulte une nouvelle orientation de la recherche étiologique qui réussit parfois à éclaircir le problème. Nous constatons que le terrain asthmatique franchit les limites de la zone atopique.

Comment corréler l'étude étiologique de l'asthme bronchique à celle du terrain ?

Les résultats d'une exploration dynamique effectuée à l'aide de la RLH chez des sujets asthmatiques avant et pendant l'évolution de l'asthme, conduisent à l'élucidation de certains problèmes.

La RLH pratiquée chez un asthmatique peut nous renseigner et faciliter dès le début la direction vers laquelle devront être poussées les investigations

cliniques et allergologiques. En présence d'un T de 0 à 40 nous nous dirigeons vers un asthme allergique. Le titre de 80 et au-dessus indique la prédominance de l'asthme infectieux.

Les investigations faites à l'aide de la RLH ont le caractère d'orientation et n'excluent donc pas l'investigation étiologique proprement dite.

En associant ces deux moyens de diagnostic, l'on évitera une première erreur et l'on réussira à élucider plus rapidement l'étiologie, en établissant en même temps un indice pronostique concernant le terrain de l'asthmatique.

THE HISTAMINO-AGGLUTINATION FACTOR CRITERION AND ETIOLOGICAL CLASSIFICATION OF ASTHMATICS

Present research confirms that the histamino-agglutination factor is either absent or considerably reduced in respiratory allergies (pollinoses) and cutaneous allergies (urticarias).

Systematic application of the latex-histamine reaction in conjunction with the clinical examination and allergological tests on asthmatics gives the following advantages : invaluable information about the asthmatic's background, indications as to which direction further detailed investigation should take, classification of a more detailed nature of asthmas of « unknown etiology ».

Cases of asthma with a titre of from 0 to 40 usually present anamneses suggestive of exo-allergens, with positive cutaneous and inhalatory tests. Infectious asthma, with identical titre values, corresponds basically to microbial allergic asthma.

Cases of asthma in which the titre is 80 or over are often accompanied by an obviously infectious outbreak and negative cutaneous tests for exo-allergens. Infectious asthma which falls into this category is non allergic.

In cases of asthma associated with bronchial infection, a condition which temporarily obscures the real etiology of the ailment, this infection enables the patient to be accurately classified from the onset.

Finally, we are able to reject recent classification of allergic, infectious asthma of unknown etiology and revert to the old classification of allergic infectious asthma with the observation that identification of the determining allergens sometimes involves delay.